

Synskadades Vänner Skaraborg  
c/o Timo Alvila  
Gnejsvägen 6  
542 36 MARIESTAD

**Ansökan om stipendium till synskadad student****Sökanden**

Namn:	
Personnummer:	

**Studieadress**

Gatuadress:	
Postnummer:	
Postort:	
Telefon-/mobilnummer:	
E-postadress:	

**Hemadress i Skaraborg**

Gatuadress:	
Postnummer:	
Postort:	

**Bankkonto**

Clearingnummer:	
Kontonummer:	
Bankens namn:	

**Synstatus**

<b>Grad av synskada (kryssa)</b>	Blind	Synsvag
<b>Inskrivnen vid syncentral (kryssa)?</b>	Ja	Nej

**Påbörjad utbildning**

Gymnasiets/Universitetets/Högskolans namn:	
Utbildningsperiod (ÅÅÅÅ-MM – ÅÅÅÅ-MM):	
Utbildningens namn (examen):	

**Obligatoriska bilagor som bifogas**

Antagnings- eller inskrivningsbevis från gymnasium/universitet/högskola (kryssa)	
Personbevis från Skatteverket (kryssa)	

**Underskrift**

Jag försäkrar på heder och samvete att lämnade uppgifter är riktiga samt samtycker till att uppgifterna får databehandlas i enlighet med personuppgiftslagen (SFS 1998:204).

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

**Information**

Synskadades Vänner Skaraborg utlyser årligen två stipendier på vardera 20 000 kr för synskadade studerande hemmahörande i f.d. Skaraborgs län, som bedriver minst tvååriga gymnasiala eller eftergymnasiala studier på högskolenivå. Hemmahörande är den som är bosatt i f.d. Skaraborgs län eller bosatt på annat ort för studierna. Stipendiet ska sökas senast den 1 februari på SVS ansökningsformulär. Frågor om stipendiet kan ställas till kassören Timo Alvila på telefon 0705-75 75 42 eller via mejl till [kassoren@synskadadesvannerskaraborg.se](mailto:kassoren@synskadadesvannerskaraborg.se)