

## ANSÖKAN OM INTEGRATIONS- OCH/ELLER FOLKHÄLSOBIDRAG 2017-2018

Ansökan kan ske mellan 30/6 2017 – 30/10 2018

### Förenings/organisations uppgifter

Föreningens namn

### Projekttid

Startdatum

Slutdatum

Projektbeskrivning där även syfte med projektet och målbild vad som ska uppnås:

Om du inte får plats här, skriv på ett separat blad

Målgrupp för projektet:

Om du inte får plats här, skriv på ett separat blad

Hur främjar projektet integration och/eller folkhälsa:

Om du inte får plats här, skriv på ett separat blad

### KOMMUNSTYRELSEFÖRVALTNINGEN

**POSTADRESS**

Gislaveds kommun  
332 80 Gislaved

**BESÖKSADRESS**

Stortorget 1  
Gislaved

**TELEFON/FAX**

0371-810 00  
0371-940 79

**E-POST/WEBB**

kommunen@gislaved.se  
gislaved.se

**ORGANISATIONSNR**

212000-0514

**GIRO**

Bankgiro 426-7225

Ange tid- och aktivitetsplan:

Om du inte får plats här, skriv på ett separat blad

Eventuella samarbetspartners:

Vad händer efter projektets slut:

Om du inte får plats här, skriv på ett separat blad

**Projektbudget:**

| Beräknade kostnader     | Kr | Beräknade intäkter     | Kr |
|-------------------------|----|------------------------|----|
|                         |    |                        |    |
|                         |    |                        |    |
|                         |    |                        |    |
|                         |    |                        |    |
|                         |    |                        |    |
|                         |    |                        |    |
|                         |    |                        |    |
|                         |    |                        |    |
|                         |    |                        |    |
|                         |    |                        |    |
| <b>Summa kostnader:</b> |    | <b>Summa intäkter:</b> |    |

Ansökningsbelopp: .....

|            |                       |
|------------|-----------------------|
| Ditt namn: | E-post och<br>telefon |
|------------|-----------------------|

Bifoga i samband med ansökan:

- Antagna stadgar eller liknande
- Styrelse och revisorer om detta finns
- Verksamhetsberättelse eller liknande
- Senaste bokslut
- Plusgiro / Bankgirokonto

.....  
Namnsignatur

.....  
Ort och datum

.....  
Namnförtydligande

Ansökan skickar du till:

Gislaveds kommun  
Ledningsstaben  
332 80 Gislaved