**Alle felter skal udfyldes!**

**OMSORGSMIDLER**

|  |  |
| --- | --- |
| **Foreningens / gruppens / organisationens navn:** |  |
| **Foreningens / gruppens / organisationens adresse:** |  |
| **Foreningens CVR nr. (eller LEV nr.):** |  |
| **Foreningens kontonummer:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ansøgers / kontaktpersons navn:** |  |
| **Ansøgers / kontaktpersons adresse:** |  |
| **Kontakttelefon:** |  |
| **Evt. ansøgers / foreningens** **e-mail:** |  |

|  |
| --- |
| **Er foreningen / organisationen tidligere tildelt støtte fra Jammerbugt Kommune til omsorgsarbejde:** |
| Ja: Nej: Hvis ja, årstal:  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Antal medlemmer:****Tilskud til aktiviteter beregnes ud fra antallet af registrerede medlemmer:*** **med bopæl i kommunen (tilmeldt Folkeregister i Jammerbugt Kommune)**
* **der modtager social pension eller er fyldt 65 år.**

**Derfor skal du huske, at skrive antal medlemmer (der opfylder kriterierne) på ansøgningsskemaet - og vedlægge en medlemsfortegnelse med fødselsdato og år – (ikke cpr-nummer).** | **Antal medlemmer, der opfylder kriterierne** |

Vend →

|  |
| --- |
| **Beskrivelse af aktivitet(er) der søges støtte til:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Beløb:** |
| Beløbet beregnes efter antal medlemmer, der opfylder betingelserne.  |
| **Budget for aktiviteterne:** |
|  |
| **Hvilken målgruppe forventes at kunne få glæde af foreningens frivillige arbejde:** |
|  |
| **Hvor mange borgere i Jammerbugt Kommune forventes at deltage i aktiviteterne, skriv antal:** |
|  |
| **Dato og underskrift:** |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dato |  | Underskrift |

 |

**Ansøgningen sendes til:**

**Forvaltningsservice Social**

**Jammerbugt Kommune**

**Toftevej 43**

**9440 Aabybro**

**Eller pr. e-mail til: ssb@jammerbugt.dk**

**Råd og vejledning til udfærdigelse af ansøgning, kan bestilles hos Frivillighuset på tlf. 72 57 90 30.**

**Aftal tidspunkt med Lilian Nørgaard Jensen – træffetid: tirsdag –fredag kl. 9.30 – 12.00.**