Storumans kommun

Ansökan om minoritetsspråkmedel

Sänds till:
Storumans kommun
Minoritetcsreformen
923 81 Storuman

Ansökningsdatum:
1 februari, 1 maj
1 september, 15 november

Namn/Organisation	
Postadress	
Telefon / mobil	
E-post	
Ev. organisationsnummer	
Bank bankgiro/postgiro	Kontoinnehavare
Kontaktperson	
Organisationsform: ☐ Privatperson ☐ Förening ☐ Organisation ☐ Företag ☐ Annan Om annan precisera:	
Stöd som söks från minoritetsspråkmedel i Storumans kommun (sek)	
Andra finansiärer	
Projektets namn (eller typ av verksamhet.)	
Målgrupp (vilka verksamheten riktar sig till)	
Projektets startdatum	Projektets slutdatum
Till ansökan ska följande bilagor bifogas: - **Sammanfattande verksamhetsplan med syfte och mål.** - **Preciserade inkomster och utgifter.**	
☐ Ansökan finns i sin helhet på denna blankett	☐ I separat bilaga
Sökandes underskrift Jag har tagit del av villkoren för beviljat stöd och är medveten om de åtagande som ett beviljat stöd innebär. Med underskriften intygar jag att uppgifterna helt och hållet stämmer överens med verkliga förhållanden.	
Ort och datum	
Underskrift	Namnförtydligande

Sammanfattande verksamhetsplan med syfte och mål.

Preciserade inkomster och utgifter.