**Ansökan om ekonomiskt stöd för integrationsinsats**

**Förening/organisation**

|  |
| --- |
| Namn |
|       |
| Adress | Postadress |
|       |       |
| Telefonnummer | Hemsida |
|       |       |
| E-post | Organisationsnummer |
|       |                 |

**Beskrivning av insatsen**

1. Vad ska göras?
2. Hur ska ni marknadsföra insatsen?
3. När ska insatsen genomföras?

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

**Extra kostnad/budget**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vår organisation söker bidrag/stöd om** |       | **kronor** |

**Uppgiftslämnare:**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Funktion |
|       |       |
| Telefonnummer | Mobilnummer |
|       |       |
| E-post | Konto/plusgiro/bankkgiro |
|       |       |

**Ansökan skickas till:**

Melleruds kommun
Kommunkansliet
464 80 MELLERUD

eller mejlas till

kommunen@mellerud.se