**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](mailto:kommunen@mellerud.se)