

Ansökande förening

| | |
|--|--|
| Föreningens namn* | Org.nr* |
| Adress* | C/O |
| Postadress* | Telefon* |
| E-postadress till föreningen* | Bankgiro/Plusgiro/Bank (inkl. banknamn, clearingnr och kontonr)* |
| Kontaktperson, funktion inom föreningen samt kontaktuppgifter (e-postadress, telefon)* | |

Ansökan

| | | | |
|---|---|--|------------------------------|
| Har ni beviljats årsbidrag från Värnamo kulturförvaltning föregående år?* | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Om nej, kontakta kulturförvaltningen. | | | |
| Ansökan gäller*: | | | |
| <input type="checkbox"/> Investeringsbidrag | <input type="checkbox"/> Ledarutbildningsbidrag | <input type="checkbox"/> Kulturnämndens förfogande | |
| Om ansökan gäller investeringsbidrag , ska följande obligatoriska handlingar bifogas ansökan: | | | |
| <input type="checkbox"/> Ritningar | <input type="checkbox"/> Kostnadskalkyl | <input type="checkbox"/> Erforderliga handlingar | |
| Om ansökan gäller ledarutbildningsbidrag , ska följande obligatoriska handlingar bifogas ansökan: | | | |
| <input type="checkbox"/> Kursprogram | <input type="checkbox"/> Eller liknande | | |
| Om ansökan gäller kulturnämndens förfogande , ska följande obligatoriska handlingar bifogas ansökan: | | | |
| <input type="checkbox"/> Erforderliga handlingar | | | |
| Söker ni bidrag från annan part?* | | Sökt bidrag* | |
| <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange vilken: | | | |
| Beskriv syftet med ansökan | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| (Skriv ej på baksidan, bifoga istället bilaga) | | | |

Information

- Ansök senast två månader innan projekt, investering eller utbildning påbörjas
- För att ansökan ska behandlas måste alla fält markerade med * fyllas i och obligatoriska handlingar bifogas
- Redovisning ska ha inkommit på särskild blankett senast två månader efter genomförandet
- Bidraget kan komma att reduceras om kostnaderna blir lägre än budgeterat
- Ansökan inklusive bilagor skickas till: Värnamo Kommun, Kulturförvaltningen, Box 414, 331 24 Värnamo

Underskrift

| | |
|--|---------------------------|
| Ort och datum* | Funktion inom föreningen* |
| Underskrift* | Namnförtydligande* |
| <input type="checkbox"/> Jag är medveten om att föreningen blir återbetalningsskyldig om beslut om bidrag har fattats på felaktiga grunder, om villkor inte uppfylls eller om medlen används felaktigt.* | |