Ansökan om minoritetsspråkmedel

Sänds till:
Vilhelmina kommun
Minoritetsreformen
Torget 6
912 81 Vilhelmina

Namn/Organisation
Adress
Telefon
E-post
Organisationsnummer
Bank bankgiro/pg
Kontaktperson:
Organisationsform: ☐ Privatperson ☐ Organisation ☐ Företag ☐ Annan Om annan precisera:
Stöd som söks från minoritetsspråkmedel i Vilhelmina kommun (sek)
Andra finansiärer
Målgrupp (vilka verksamheten riktar sig till)
Till ansökan ska följande bilagor bifogas: - Sammanfattande verksamhetsplan med syfte och mål - Preciserade utgifter - Preciserade inkomster
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 alla uppgifter helt och hållet stämmer överrens med verkliga förhållanden. *Ansökan ska vara inne senast 1 jan, 1 april, 1 aug, 1 okt.*
Ort/datum
Underskrift Namnförtydligande

Sammanfattande verksamhetsplan med syfte och mål: