

.....Personbeteckning.....
Namn (tilltalsnamnet understruket)

Gatuadress

Postnummer och ort

Rikt- och telefonnummer

Bank och kontonummer

Jag försäkrar att jag tillhört Lotta Svärd-organisationen: som lotta som smålotta
(sätt ett X i rätt ruta)

Fronttjänsttecken Ja Nej

Fritt formulerad redogörelse för tiden som lotta (**tid, lokalavdelning eller ort och sektionsuppgifter**).

Lokalavdelning:.....

Uppgifter:.....

Avsedd användning av bidraget (hälsovårdsrelaterad orsak):

fortsätter på nästa sida

Utredning av den sökandes ekonomiska situation:

Ort och datum

Underskrift

LOTTA SVÄRD STIFTELSEN FYLLER I

Beslutets datum:	Skatteuppgifter:	Beviljade bidrag:
Godkänd summa:	Utredning av beslutet:	Beviljade rehabiliteringar:
Godkänt av:		