**Sjóðurinn blind börn á Íslandi** Dagsetning:

Top of Form

Vinsamlega fyllið eyðublaðið sem ítarlegast út. Stjörnumerktir reitir verða að vera útfylltir.

\***Nafn umsækjenda**: \***Nafn barns:**

\***Kennitala:** **\*Kennitala**:

\***Símanúmer:** **\*Netfang**:

\***Heimilisfang:** **\*Póstnúmer**:

**\*Sjónskerðing barnsins og nánari lýsing á henni:**

**\*Sótt um styrk til eftirfarandi (Útskyrið ástæður fyrir umsóknina):**

**\*Upphæð styrkbeiðni**:

**Annað sem umsækjandi vill taka fram**:

**Viðhengi:**

**Greiðsla styrks. Vinsamlega gefið upp: bankanúmer-höfuðbókarnúmer-reikningsnúmer hjá þeim foreldra sem sækir um:**

Umsóknir skal senda til Marjakaisu Matthíassonar á netfang: kaisa@blind.is. Hún veitir einnig nánari upplýsingar.