



## ANSÖKAN OM MINORITETSSPRÅKMEDEL

Sänds till:

Gällivare Kommun

Kommunkansliet

982 81 Gällivare

Samiska, nord

lule

syd

Finska

Meänkieli

Organisation eller motsvarande

C/o

Postadress

Telefon

Postnr och ort

Mobil

E-post

Organisationsnummer

Bank bankgiro/pg

Kontaktperson

Organisationsform

Förening  Privatperson  Organisation  Företag  Annan

Om annan precisera:

Typ av verksamhet

Litteratur  Film  Idrott  Media  Musik  Teater  Kurser

Äldreomsorg  Förskola  Översättning  Annat

Om annat, vad?

Stöd som söks från minoritetsspråksmedel i Gällivare (sek)

Stöd som söks från andra kommuner (sek)

Stöd som tidigare erhållits från minoritetsspråksmedel i Gällivare, innevarande år

Till ansökan ska följande bilagor bifogas:

1. Uppgifter om medel söks från annan instans
2. Preciserade utgifter för verksamheten/projektet
3. Preciserade inkomster för verksamheten/projektet

### Sökandes underskrift

Jag har tagit del av villkoren för beviljat stöd och är medveten om de åtaganden som ett beviljat stöd innebär. Med underskriften intygar jag att alla uppgifter helt och hållet stämmer överens med verkliga förhållanden.

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Kort berättelse om vad de ansökta medlen ska användas till?

Syfte:

Mål:

Tidsplan:

Aktiviteter:

Målgrupp (vilka verksamheten riktar sig till)

Barn (0-12 år)  Ungdomar (13-18 år)  Äldre (pensionär)  Allmänheten  Annat