



# SVENSKA ISHOCKEYFÖRBUNDET

Box 5204, 121 16 JOHANNESHÖV

Tfn: 08-449 04 00, Fax: 08-91 00 35

## NÄMNDEN FÖR UTBILDNINGERSÄTTNING

Ansökan om tilläggsersättning ur fonden.

### A. IFYLLES AV SÖKANDE (DEN GAMLA) FÖRENINGEN

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> -22	_____
FÖRENINGENS FÖRENINGSNUMMER	FÖRENINGENS NAMN
_____	_____ / _____ 20
SERIE/TILLHÖRIGHET	ANSÖKT DATUM (SENAST DEN 30 SEPTEMBER)
_____	_____
UNDERSKRIFT	NAMNFÖRTYDLIGANDE

### B. AVSER SPELAREN

_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
NAMN (TEXTAT)	PERSONNUMMER
_____	_____ 15 / 5 2004
ÖVERGÅNG TILL NY FÖRENING (FÖRENINGENS NAMN)	REGISTRERAD I "GAMLA FÖRENINGEN" T.O.M

Kopia på (av samtliga parter) påskrivna övergångs och registreringshandling ska ALLTID bifogas.

### C. TILLÄGGSERSÄTTNING

_____	_____
ANSÖKER OM SUMMA (siffror)	ANSÖKER OM SUMMA (textas)
_____	_____ / _____ 20
ERHÅLLEN ERSÄTTNING FRÅN NYA FÖRENINGEN - SUMMA TOTALT	DATUM FÖR VERIFIERAD ERSÄTTNING

Verifikation på den erhållna beloppet ska ALLTID bifogas.

### D. SVENSKA ISHOCKEYFÖRBUNDETS NOTERINGAR

_____ / _____ 20	_____ / _____ 20
ANSÖKAN INKOM	ANSÖKAN ADMINISTRERAD
_____	_____
SIF:S HANDLÄGGARE	NAMNFÖRTYDLIGANDE
_____	_____
BESLUTAT BELOPP ATT UTBETALA UR FONDEN (siffror)	BESLUTAT BELOPP ATT UTBETALA UR FONDEN (text)

Ansökan ska vara Nämnden för utbildningsersättning tillhanda senast den 30 september den aktuella säsongen. Utbetalning ur fonden ska ske den 31 oktober den aktuella säsongen. Vid felaktiga uppgifter kommer Nämnden för utbildningsersättning kräva återbetalning av tilläggsersättningen.