



Robert Hagström
robert.hagstrom@vargarda.se

Ansökan lokala folkhälsoprojekt 2010

Projektets namn: _____

Sökande:

Namn: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Telefon: _____

E-post: _____

Huvudman:

Namn: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Telefon: _____

Organisationsnummer: _____

Postgironummer: _____

Projektbeskrivning:

| | |
|-----------------------|--|
| <i>Bakgrund:</i> | En kort redovisning om varför ni vill genomföra ert projekt. Vilka behov, problem och möjligheter finns det? |
| <i>Målgrupp:</i> | Till vem/vilka vänder sig ert projekt? |
| <i>Syfte/mål:</i> | Vad vill ni uppnå? Varför har ni valt denna målgrupp? |
| <i>Projektperiod:</i> | Under vilken tid pågår projektet? |

Datum
2010-01-08

| | |
|---------------------------------|--|
| <i>Metod/genomförande:</i> | Beskriv hur ni tänker genomföra projektet. Om ni har några samarbetspartner. Redovisa en tidsplan för genomförandet. |
| <i>Sökt belopp (sek.):</i> | <i>Max 5000 kr.</i> |
| <i>Uppföljning/utvärdering:</i> | Hur ska ni redovisa projektet? När det är klart? Hur ska ni utvärdera/följa upp projektet? Eventuella ej förbrukade medel ska återbetalas senast den 31 december 2010. |
| <i>Organisation/ansvar</i> | Vem är huvudman, kontaktperson och projektledare? |
| <i>Kostnadsbeskrivning:</i> | Gör en kort redovisning på hur ni tänker använda ev. medel. Ta även med ev. egna medel och insatser. |

Underskrift av sökande:

Namn: _____

Namnförtydligande: _____

Namn: _____

Namnförtydligande: _____

Ansökan skickas till:

Folkhälsoenheten
Vårgårda kommun
44780 Vårgårda