

ANSÖKAN-Skickas till BFA

För föreningens anteckningar	
------------------------------	--

Vänligen texta!

SÖKANDEN

MEDSÖKANDEN

Namn		Namn	
Personnummer		Personnummer	
Yrke	Mobilnummer	Yrke	Mobilnummer
E-post		E-post	

Bostadsadress		Postnummer och ortsadress	
Telefon bostad	Giftermål år-månad-dag	<input type="checkbox"/> Kyrklig <input type="checkbox"/> Borgerlig	Barn, födelsedatum <input type="checkbox"/> Biologiskt <input type="checkbox"/> Adopterat

Jag/Vi önskar barn i åldern år Jag/Vi kan tänka oss barn med särskilda behov
 Nedanstående länder är de som BFA har auktorisation för. För mer information ang resp land vänligen se vår hemsida, www.bfa.se.
 Länder som jag/vi är intresserade av:

<input type="checkbox"/> Taiwan	<input type="checkbox"/> Indien	<input type="checkbox"/> Litauen	<input type="checkbox"/> Polen
<input type="checkbox"/> Thailand	<input type="checkbox"/> Tjeckien	<input type="checkbox"/> Ungern	

Infertilitetsintyg eller intyg från läkare att det är olämpligt eller förenat med svårigheter för mig/oss att få biologiska barn
 kan skaffas kan inte skaffas

Medgivandeutredning inte begärd ännu begärd påbörjad Jag/Vi har fått medgivande den.....

Mitt/Vårt medgivande är öppet (ej åldersbegränsat) åldersbegränsat, ålder på barnet..... för syskonpar

OBS! Om utredningen är klar, bifoga en kopia samt en kopia av sammanträdesprotokoll och läkarintyget.

Aktuell socialnämnd	Utredarens namn
---------------------	-----------------

Jag/Vi ger föreningen tillstånd att fortlöpande registrera sådana uppgifter om mig/oss som namn, adress, personnummer, barnets namn, personnummer, ankomstdag, barnhemmets namn, ev medlemskap i BFA, fadderbarnsengagemang och medlemsnummer i sina register.

Ort och datum	
Sökandens underskrift	Medsökandens underskrift

Nyanmälningsavgiften på 3 250 kr (2 800 kr sökandeavgift och 450 kr i medlemsavgift) betalas till PG 42 02 86-7
 Ange ert namn som referens vid betalningen.