

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

Vänligen texta!

## SÖKANDE

## MEDSÖKANDE

|              |             |              |             |
|--------------|-------------|--------------|-------------|
| 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<br><input type="checkbox"/> Borgerlig | Barn, födelsedatum<br><input type="checkbox"/> Biologiskt<br><input type="checkbox"/> Adopterat |

Jag/Vi önskar barn i åldern .....

Nedanstående länder är de som BFA har auktorisation för.  
För mer information ang resp land vänligen se vår hemsida, [www.bfa.se](http://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 |
|-----------------------|--------------------------|

Adoptionssökandeavgiften 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.