

Stjórn Styrktarsjóðs Bjargar Símonardóttur
Félagi heyrnarlausra
Þverholti 14
105 Reykjavík
Sími 561 3560 / Fax 551 3567; Netfang deaf@deaf.is



**Umsókn um styrk til túlkunar/textunar
úr Styrktarsjóði Bjargar Símonardóttur
Samkvæmt Skipulagsskrá fyrir sjóðinn**

1. UMSÆKJANDI:

Nafn:

Kennitala:

Heimilisfang:

Sími:

Póstáritun:

Netfang:

2. HEITI VERKS:

3. EFNI OG UMFANG VERKS:

4. HVAR ER VERKIÐ Á VEGI STATT?

5. FJÁRHAGSÁÆTLUN FYRIR VERKIÐ:

Gjöld vegna textunar eða túlkunar (t.d. launa/verktakagreiðslur, framleiðslukostnaður, yfirlestur, yfirferð, æfingakostnaður túlka við leiksýningu)

Tekjur (t.d. styrkir, áætlaðar sölutekjur)

Hefur verkið hlotið aðra styrki? Hvaða?

Er sótt um aðra styrki? Hvaða?

Hvaða upphæð er sótt um?

6. Umsókn um styrk til textunar á kvikmyndum, fræðslu- og heimildarmyndum eða leiksýningum

Framleiðandi / réttihafi :

Tegund og heiti verkefnis sem á að texta:

Á hvaða formi verður verkið:

() DVD () myndband () sýning í kvikmyndahúsi () sýning í sjónvarpi () sýning í leikhúsi

Upplag myndbandsspóla/DVD/ Fjöldi leiksýninga:

Hvenær er ráðgert að gefa verkið út eða sýna það í leikhúsi (mánuður/ár)?
Hvernig verður dreifingu verksins háttað?
Hvaða líkur eru á því að verkið verði sýnt í sjónvarpi? / Hefur verkið verið sýnt áður?

7. Umsókn um styrk til túlkunar á leiksýningum

Leikstjóri leiksýningar
Heiti leiksýningar
Hefur verkið verið sýnt áður? / Hvenær?
Hvenær er ráðgert að sýna verkið (mánuður/ár)?
Áætlaður sýningarfjöldi með túlkun

Annað sem umsækjandi vill taka fram:

--

8. SKRÁ UM FYLGISKJÖL MEÐ UMSÓKNinni:

9. UNDIRSKRIFT:

Dagsetning

Undirskrift

Umsóknir sendist til:

Stjórn Styrktarsjóðs Bjargar Símonardóttur
Félagi heyrnarlausra
Þverholti 14
105 Reykjavík

Umsóknarfrestur til 31. Mars / 30. september ár hvert. Auglýst er með mánaðar fyrirvara