

**Sökande**

Namn		Telefon (även riktnr)
Adress		Mobiltelefon
Postnummer	Postort	E-postadress

Kontaktperson

Namn	Telefon (även riktnr)
------	-----------------------

Funktionsnedsatt

Namn	Personnummer	Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående
Funktionshinder	Förflyttningshjälpmedel <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Käpp	

Fastighet/Ägare

Fastighetsbeteckning	Lägenhetsnummer	Byggår	Senast ombyggd, år	
Ägare	Adress, ägare	Postnr	Ort	
<u>Hustyp</u> <input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Småhus	<u>Upplåtelseform</u> <input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Äganderätt	<u>Hiss</u> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<u>Extra toalett</u> <input type="checkbox"/> Ja	Antal rum (R o K)
Tillgänglighet, kommentar				

Ägarens medgivande (fylls i endast om sökande inte äger fastigheten)

Hyresgästen/Bostadsrättsinnehavaren får vidtaga de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks och är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick vad avser åtgärder. (Under vissa villkor kan ägaren få återställningsbidrag)
Hyran/avgiften kommer inte att höjas med anledning av de vidtagna åtgärderna.

Datum	Underskrift
-------	-------------

Sökta åtgärder (Om utrymmet inte räcker - fortsatt på baksidan eller på särskild bilaga)

--

Tidigare bidrag/Ny ansökan

Har tidigare mottagit bostadsanpassningsbidrag i denna bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	I annan bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om annan bostad, adress	
Denna ansökan gäller en <input type="checkbox"/> Vanlig lägenhet <input type="checkbox"/> Lägenhet i specialboende (Gruppboende, servicehus etc.)	Ansökan gäller <input type="checkbox"/> Min gamla lägenhet	<input type="checkbox"/> Lägenhet som jag SKA flytta till eller NYLIGEN HAR flyttat till	Inflyttningsdatum

Sökandes underskrift

Underskrift

Handlingar som skall inlämnas till kommunen

- 1 ex av ansökan
- Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att arbetena är nödvändiga med hänsyn till funktionshindret. Vid mer omfattande åtgärder bör intyget kompletteras med s k åtgärdsprogram.
- Kopia av anbud/offert eller kostnadsberäkning
- Beskrivning av sökta åtgärder (ritning/teknisk beskrivning)

Personuppgifterna i blanketten kommer att registreras elektroniskt som underlag för handläggning av ärendet. Du har rätt att begära utdrag och rättelser.