



GRUMS KOMMUN

Ansökan om bostadsanpassningsbidrag

Datum

Handlingarna skickas till:

Grums kommun,
664 80 Grums.

Handlingar som förutom denna blankett skall lämnas till kommunen:

- Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att arbetena är nödvändiga med hänsyn till funktionsnedsättningen.

- Vid mer omfattande åtgärder kan ritning och teknisk beskrivning behövas, samt offert eller kostnadsberäkning.

Person med funktionsnedsättning

Personnummer *	Namn *	Funktionsnedsättning *
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Hjälpmedel <input type="checkbox"/> Elrullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Käpp	Annat hjälpmedel

Sökande

Namn *	Telefon *	E-postadress
Adress *	Postnummer *	Ort *

Kontaktperson

Namn	Telefon	E-postadress
Adress	Postnummer	Ort
Relation	Fullmakt för kontaktpersonen att företräda den funktionsnedsatte finns <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Huset, bostaden, övrigt

Bostaden ligger i * <input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Småhus	Bostaden innehas med * <input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Äganderätt	Botyp <input type="checkbox"/> Ordinärt boende <input type="checkbox"/> Särskilt boende	Bor på våning	Byggår
Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag i denna bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bidrag i annan bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Inflytt.datum/år i denna bostad *	

Jag söker bidrag till anpassning av min bostad med följande åtgärder *

OBSERVERA! Att om bifogat intyg inte uttryckligen styrker behovet av alla åtgärder kan ansökan behöva kompletteras innan beslut.

(Om utrymmet inte räcker – fortsätt på baksidan eller i särskild bilaga)

*

(Om utrymmet inte räcker – fortsätt på baksidan eller i särskild bilaga)

Problemet i min bostad / Motivet till min ansökan

--

Fastighet

Fastighetsbeteckning	Ägare, namn	Ägare, telefon
----------------------	-------------	----------------

Fastighetsägarens medgivande

(Undertecknas endast om sökanden inte äger fastigheten)

Hyresgästen/Bostadsrättshavaren får vidtaga de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks och är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick vad avser dessa åtgärder.

Datum	Underskrift/Namnförtydligande
-------	-------------------------------

Sökandens underskrift

De personuppgifter som du lämnar kommer att användas för att vi ska kunna tillhandahålla det stöd och den service vi ansvarar för. Kommunstyrelsen i Grums kommun är ansvarig för att dina personuppgifter behandlas i enlighet med gällande dataskyddslagsstiftning. Läs mer på www.grums.se/personuppgifter

Sökt bidragsbelopp

(Frivillig uppgift)

Namnteckning

Kronor

(*) Obligatorisk uppgift