



Handlingarna skickas till:

**[Kommunrehab]**

**[Gamla Vägen 89]**

**[664 34 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.

- Medgivande från samtliga ägare och, i förekommande fall, nyttjanderättshavare att anpassningsåtgärderna får vidtas. (Gäller då annan än sökanden helt eller delvis äger bostaden eller innehar den med hyres- eller bostadsrätt. Medgivandeblanketter kan rekvireras från kommunen.)

#### Person med funktionsnedsättning \*

|   |   |              |
|---|---|--------------|
| Personnummer  | Namn  |              |
| Civilstånd<br><input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående | Behov av tolk<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Vilket språk |

#### 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<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |              |

#### Huset, bostaden, övrigt

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

#### 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)

|  |
|--|
|  |
|--|

#### Problemet i min bostad / Motivet till min ansökan

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

|  |
|--|
|  |
|--|

#### Sökandes underskrift

|       |                    |
|-------|--------------------|
| Namn* | Sökt bidragsbelopp |
|-------|--------------------|

#### Medgivande till registrering - underskrifter\*

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

.....  
Funktionsnedsatt/Sökande

.....  
Sökande/Vårdnadshavare

.....  
Kontaktperson