



GRUMS KOMMUN

Ansökan om bostadsanpassningsbidrag

(gäller även reparation, underhåll och besiktning)

Datum

Handlingarna skickas till:

21 Kommunrehab

Sveagatan 61

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. (Gäller ej om ansökan avser reparation, underhåll och besiktning)

- Medgivande från samtliga ägare och, i förekommande fall, nyttjanderättshavare att anpassningsåtgärderna får vidtas. (Gäller ej om ansökan avser reparation, underhåll och besiktning)

Person med funktionsnedsättning *

Personnummer	Namn	
Civilstånd	Behov av tolk	Vilket språk
☐ Gift/Sambo ☐ Ensamstående	☐ Ja ☐ Nej	

Sökande/Ställföreträdare *

Namn	Telefon	C/O - Namn
Adress	Postnummer	Ort
E-postadress		

Kontaktperson

Namn	Telefon	Relation
Adress	Postnummer	Ort
E-postadress	Fullmakt för kontaktpersonen att företräda den funktionsnedsatte finns ☐ Ja ☐ Nej	

Huset, bostaden, övrigt

Bostaden ligger i		Bostaden innehas med		Bor på våning
☐ Flerbostadshus	☐ Småhus	☐ Hyresrätt	☐ Bostadsrätt	☐ Äganderätt
Hiss	Tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag i	Bidrag i annan bostad	Inflytt.datum/år i denna bostad*	
☐ Ja ☐ Nej	denna bostad ☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej		
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/Ställföreträdarens underskrift

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

Medgivande till registrering - underskrifter*

Jag medger att mina personuppgifter som lämnats i denna ansökan och eventuella bilagor registreras i kommunens system för bostadsanpassningsbidrag. Jag är medveten om att jag när som helst kan begära att få se ett utdrag på de uppgifter som finns beträffande mig, få felaktigheter i dessa rättade samt få uppgifterna borttagna.

.....
Funktionsnedsatt/Sökande

.....
Sökande/Ställföreträdare

.....
Kontaktperson

(*) Obligatorisk uppgift