

Ansökan om bostadsanpassningsbidrag

Personuppgifter kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen (PuL).

* Obligatoriska fält

Sökande

Förnamn *	Personnummer *
Efternamn *	Telefon *
Adress *	E-postadress *
Postnummer, Postort *	Är sökande skriven på adressen? * <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Portkod	Civilstånd * <input type="checkbox"/> Gift/sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående
Totalt antal personer i hushållet *	Varav antal personer under 18 år *

Kontaktperson (i förekommande fall)

Namn	Relation till sökande (ex. anhörig, godman)
Telefon	E-postadress

Person som hjälper sökande med ansökan (i förekommande fall)

Förnamn	Efternamn
Relation till sökande (ex. arbetsterapeut, anhörig)	Telefon

Fastighet

Fastighetsbeteckning *	Boende * <input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Småhus
Våningsplan	Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Inflyttningsdatum *	Antal rum *
I bostaden finns * <input type="checkbox"/> Kök <input type="checkbox"/> kokvrå <input type="checkbox"/> Koksåp	I bostaden finns * <input type="checkbox"/> Badrum med badkar <input type="checkbox"/> Badrum med duschplats <input type="checkbox"/> Extra toalett
Byggnadsår *	Eventuell ombyggnad/renovering, ange vad
Årtal för den eventuella ombyggnaden/renoveringen	Bostaden är * <input type="checkbox"/> En äganderätt <input type="checkbox"/> En bostadsrätt <input type="checkbox"/> En hyresrätt <input type="checkbox"/> En andrahandsbostad <input type="checkbox"/> Jag är inneboende
Finns befintliga dörrautomatiker? * <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange var

Fastighetsägare (om annan än sökanden)

Företagsnamn eller personnamn *	Adress
Postnummer	Postort
Telefon *	E-postadress *
Kontaktperson namn	Kontaktperson telefon

Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättning * <input type="checkbox"/> Rörelsehinder <input type="checkbox"/> Utvecklingsstörning <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/> Synnedsättning <input type="checkbox"/> Psykisk funktionsnedsättning	Om annan, ange vad
Förflyttningshjälpmedel * <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Käpp/kryckor	Om annat, ange vad
Hjälpinsatser * <input type="checkbox"/> Hemtjänst <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/> Personlig assistans <input type="checkbox"/> Har inga hjälpinsatser	Om annan, ange vad

Sökta åtgärder *

Du måste alltid fylla i vad det är du vill söka bidrag för. Om du söker flera åtgärder, placera dem under rubriker: badrum, kök, övrigt, utanför bostaden etc.

Bilagor

Intyg från arbetsterapeut eller annan medicinsk person som styrker din funktionsnedsättning och beskriver vilka problem den ger dig i din bostad.	<input type="checkbox"/> Bifogas
Offert för den anpassning du ansöker om. Vid mer kostnadskrävande anpassningar ska 2-3 prisförslag lämnas in till kommunen.	<input type="checkbox"/> Bifogas
Medgivande till anpassning av din bostad från bostadens fastighetsägare om du bor i en hyres- eller bostadsrätt.	<input type="checkbox"/> Bifogas

Underskrift

Ort och datum

Underskrift