



ANSÖKAN Bostadsanpassning

Samhällsbyggnadsnämnden Bergslagen
Prästgatan 6
711 30 Lindesberg

Sökande

Namn		Personnummer/Organisationsnummer	
Utdelningsadress		Våningsplan	Postnummer Ort
Telefon bostaden + riktnr	Telefon mobil	E-post	
Antal vuxna i hushållet		Antal barn under 18år	

Kontaktperson (Ifylls i förekommande fall)

Namn	Telefon bost. + riktnr	E-post
Kontaktpersonens roll		
<input type="checkbox"/> Närstående (till exempel vårdnadshavare, make, dotter): _____		
<input type="checkbox"/> Ombud (bifoga fullmakt) <input type="checkbox"/> God man / förvaltare (bifoga förordnande)		

Fastighet

Fastighetsbeteckning		Kommun	
Småhus <input type="checkbox"/>	Flerbostadshus <input type="checkbox"/>	Antal rum och kök	Hiss <input type="checkbox"/>
Balkong/ uteplats <input type="checkbox"/>		Byggnadsår	Inflyttningsdatum
Äganderätt <input type="checkbox"/>	Bostadsrätt <input type="checkbox"/>	Hyresrätt <input type="checkbox"/>	LSS/Socialtjänstlagen <input type="checkbox"/>
Fastighetsägarens namn (om annan än sökanden)		2: hand <input type="checkbox"/>	
Utdelningsadress		Postnummer	Ort
Telefon bostad + riktnummer		Telefon mobil	

Bidrag

Har du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag, i denna bostad?		I annan bostad?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Utdelningsadress		Postnummer	Ort

Funktionshinder

Funktionshindret			
Förflyttningshjälpmedel			
<input type="checkbox"/> Eldriven rullstol	<input type="checkbox"/> Manuell rullstol	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Käpp

Postadress	Besöksadress	Telefon	E-post	Organisationsnr:
Prästgatan 6 711 30 Lindesberg	Prästgatan 6	0581-810 00 vxl 0587-55 00 40	info@sb-bergslagen.se	212000-2015

Sökta åtgärder, bidrag söks för följande åtgärder (fylls i av sökanden)

--

Nyttjanderättsinnehavares medgivande

Samtliga nyttjanderättsinnehavare (om det finns fler kontraktsinnehavare till hyres- eller bostadsrätt) samtycker till att sökta åtgärder får utföras i bostaden. Om sökande är ensam kontraktsinnehavare behövs inget medgivande från eventuell make/maka/sambo.

Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Samtycke intyg

Härmed samtycker jag till att handläggare för bostadsanpassningsbidrag med anledning av frågor eller behov av kompletterande information får ta kontakt med arbetsterapeut, läkare eller sakkunnig som skrivit intyget som bifogats ansökan.

Ja

Nej

Återanvänd produkt

En återanvänd produkt är inte mer än 5 år gammal och blivit godkänd för återanvändning. Om bidrag ges kan en återanvänd produkt användas, det innebär att du som sökande får produkten snabbare.

Handlingar som ska lämnas in:

- Ansökan
- Intyg från arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig,
- Offert(er)
- Medgivande från samtliga fastighetsägare (egen blankett)
- Medgivande från samtliga kontraktsinnehavare till hyres- eller bostadsrätt.
- Ev. fullmakt om du vill att kommunen ska sköta kontakten med entreprenör (egen blankett)
- Ev. beskrivning av vilka åtgärder bidrag söks för (ritningar/teknisk beskrivning).

Samtycke

Jag samtycker till att kontakt i ärendet sker via e-post.

Underskrift vårdnadshavare 1

Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande
---------------	--------------	-------------------

Underskrift vårdnadshavare 2

Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande
---------------	--------------	-------------------

Postadress	Besöksadress	Telefon / fax	E-post	Organisationsnr:
Prästgatan 6 711 30 Lindesberg	Prästgatan 6	0581-810 00 vxl 0587-55 00 40	info@sb-bergslagen.se	212000-2015