



**ANSÖKAN
Bostadsanpassning**

Sökande

Namn		Personnummer/Organisationsnummer	
Utdelningsadress		Våningsplan	Postnummer Ort
Telefon bostaden + riktnr	Telefon mobil	E-post	
<input type="checkbox"/> Gift/sambo	<input type="checkbox"/> Ensamstående	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				
<input type="checkbox"/> Småhus	<input type="checkbox"/> Flerbostadshus	Antal rum och kök	<input type="checkbox"/> Hiss	<input type="checkbox"/> Balkong/ uteplats	Byggnadsår	Inflyttningsdatum
<input type="checkbox"/> Äganderätt	<input type="checkbox"/> Bostadsrätt	<input type="checkbox"/> Hyresrätt	<input type="checkbox"/> LSS/Socialtjänstlagen	<input type="checkbox"/> 2: hand		
Fastighetsägarens namn (om annan än sökanden)						
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			
<input type="checkbox"/> Förflyttningshjälpmedel	<input type="checkbox"/> Eldriven rullstol	<input type="checkbox"/> Manuell rullstol	<input type="checkbox"/> Rollator Käpp

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

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

Postadress	Besöksadress	Telefon	E-post	Organisationsnr
Samhällsbyggnadsförvaltningen 711 80 Lindesberg	Prästgatan 6 Lindesberg	0581-810 00 vxl 0581-55 00 40	samhallsbyggnad@lindesberg.se	212000-2015