

Ansökan om bostadsanpassningsbidrag

Datum

Handlingarna skickas till:

Avdelning Hälsa & Sjukvård
Bostadsanpassning
Spaljegatan 10 A
271 52 YSTAD

Handlingar som skall inlämnas till kommunen:

- 1 ex ansökningsblankett.
- Intyg av arbetsterapeut/ läkare/annan sakkunnig gällande aktuell funktionsnedsättning
- Offert/kostnadsberäkning
- Vid mer omfattande åtgärder: ritning ,teknisk beskrivning

Sökande

Namn	Personnummer
Adress	Telefon
Postnummer/ort	Civilstånd
E-postadress	Hjälpmedel (käpp/rollator/ manuell rullstol/el-rullstol)

Kontaktperson

Namn, kontaktperson	Telefon, kontaktperson	Relation (make, anhörig, god man)
---------------------	------------------------	-----------------------------------

Bostaden

Hustyp (små hus/ flerhusbostad)	Upplåtelseform (hyresrätt, bostadsrätt / äganderätt)	Botyp (ordinärt boende/särskilt boende)	Byggår
Finns Hiss (ja/nej inne/ute)	Har tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag i denna bostad	Bidrag i annan bostad	Inflyttningsdatum och år

Sökta åtgärder

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

Fastighet/ Fastighetsägarens medgivande

Hyresgäst/Bostadsrättshavare får vidtaga de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks och är inte skyldig att återställa bostaden i ursprungligt skick vad avser dessa åtgärder.

Ägare, namn	Ägare, adress		
Ägare, postadress	Kontaktperson	Telefon	
E-postadress	Fastighetsägarens medgivande/underskrift		

Sökandens underskrift

Sökt bidragsbelopp

(Frivillig uppgift)

Jag medger samtidigt att mina personuppgifter registreras i kommunens datasystem för bostadsanpassningsärenden.

Namnsteckning

Kronor
181120/yj