



Tillväxtkontoret
196 81 KUNGSÄNGEN

Datum

.....

Handlingar som skall inlämnas till kommunen:

- 1 ex av ansökan
- Intyg av t ex arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig att åtgärderna är nödvändiga för att bostaden skall vara ändamålsenlig

| | | |
|----------------------|-------------|-------------|
| Fastighetsbeteckning | Lägenhetsnr | Våningsplan |
|----------------------|-------------|-------------|

Personuppgifter

| | | |
|---|--|--|
| Sökandes namn | Personnummer | |
| Utdelningsadress (Gata, box etc) | Telefon bostad/mobilnr | |
| Postnummer och Postort | Telefon arbetet (även riktnr) | |
| Den funktionshindrades namn (om annan än sökanden) | Personnummer | |
| Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående | Antal personer i hushållet Vuxna under 18 år | Har du hemtjänst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej |

Fastighet

| | | |
|--|------------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Hiss | Byggnadsår (avser småhus) | Inflyttning i bostaden år |
| Antal rum samt <input type="checkbox"/> kök <input type="checkbox"/> kokvrå <input type="checkbox"/> kokskåp <input type="checkbox"/> badrum <input type="checkbox"/> duschrum <input type="checkbox"/> extratoalett | | |
| Bostaden innehas <input type="checkbox"/> med äganderätt <input type="checkbox"/> med bostadsrätt <input type="checkbox"/> med hyresrätt <input type="checkbox"/> i andra hand | | |
| Fastighetsägare (om annan än sökanden) | Telefon (även rikt nr) | |
| Utdelningsadress (gata, box etc) | Post nr och postort | |

Bidrag

| | |
|---|--|
| Har du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag: i denna bostad <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | i annan bostad <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej |
| Om annan bostad: adress | |

Funktionshinder

| |
|---|
| Funktionshindret |
| Förflyttningshjälpmedel <input type="checkbox"/> eldriven rullstol <input type="checkbox"/> manuell rullstol <input type="checkbox"/> rollator/deltastöd <input type="checkbox"/> käpp |

Kontaktperson (ifylls i förekommande fall)

| | |
|------|-----------------------|
| Namn | Telefon (även riktnr) |
|------|-----------------------|

Underskrift

| | |
|--|--------------|
| Personuppgifterna på denna blankett behandlas med stöd av personuppgiftslagen (1998:204) | Namnteckning |
|--|--------------|

