

Gla \ } ``gVnf [bUXgb} a bXYb'6 Yf[g`U[Yb
 Kungsgatan 4%
 711 30 Lindesberg

Sökande

Namn		Personnr. / Org.nummer	
Utdelningsadress	Väningsplan	Postnummer	Ort
Telefon bostaden + riktnr	Telefon mobil	Telefon arbetet + riktnr	E-post
Den funktionshindrades namn (om annan än sökanden)		Postnummer	Ort
<input type="checkbox"/> Gift / sambo	<input type="checkbox"/> Ensamstående	Antal personer i hushållet, vuxna	Under 18 år

Kontaktperson (Ifylls i förekommande fall)

Namn	Telefon bostaden + riktnr	Telefon arbetet + riktnr
------	---------------------------	--------------------------

Fastighet

Fastighetsbeteckning					Kommun
<input type="checkbox"/> Småhus	<input type="checkbox"/> Flerbostadshus	Antal rum och kök	Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Balkong / uteplats <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Byggnadsår
Bostaden innehas med					Inflyttningsdatum
<input type="checkbox"/> Äganderätt	<input type="checkbox"/> Bostadsrätt	<input type="checkbox"/> Hyresrätt	<input type="checkbox"/> 2:a hand		
Fastighetsägarens namn (om annan än sökanden)					
Utdelningsadress			Postnummer	Ort	
Telefon bostaden + riktnr	Telefon mobil	Telefon arbetet + riktnr			

Bidrag

Har du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag, i denna bostad?		I annan bostad?	
<input type="checkbox"/> Ja	År: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej	
		<input type="checkbox"/> Ja, ange adress nedan	År: <input type="text"/>
		<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

Sökandens underskrift

Ort	Datum	Namnteckning
-----	-------	--------------

Fortsätt på sidan 2

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

Kök
Badrum
Övrigt
Utanför bostaden

Handlingar som skall inlämnas:

1. Ansökan, 1 ex
2. Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att arbetena är nödvändiga med hänsyn till funktionshindret.
3. Åtgärdsprogram som beskriver vilka åtgärder bidrag söks för (ritningar/teknisk beskrivning)

Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med Personuppgiftslagen (1998:204) PUL. Du medger att informationen du lämnar får lagras och bearbetas i register av förvaltning/nämnd. Du har rätt att begära utdrag och rättelser.

Fastighetsägarens medgivande

(Ifylls endast om sökanden inte äger fastigheten)

Fastighetsägare, eventuell stämpel

Hyresgästen/Bostadsrättsinnehavaren får vidtaga de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks.

Hyresgästen/Bostadsrättsinnehavaren är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick.

Under vissa villkor kan fastighetsägaren få bidrag till återställning.

Jag är medveten om att hyran/avgiften inte får höjas på grund av de åtgärder som vidtages.

Fastighetsägares underskrift

Ort	Datum	Namnteckning	Namnförtydligande	
Utdelningsadress		Postnummer	Ort	
Telefon bostaden + riktnr	Telefon mobil	Telefon arbetet + riktnr		

Post- och besöksadress

Samhällsbyggnadsnämnden
Bergslagen
Kungsgatan 41
711 30 Lindsberg

Telefon / fax

0581-810 00 vxl
0581-169 72 fax

E-post / www

info@sbergslagen.se
<http://www.sbergslagen.se>

Giro

Bankgiro 821-3134

Organisationsnr

212000-2015