Kristinehamns kommun

Ansökan om bostadsanpassningsbidrag
Datum

Handlingarna skickas till:
KRISTINEHAMNS KOMMUN
25. Rehabenheten
681 84 Kristinehamn

Handlingar som förutom denna blankett skall lämnas till kommunen:
- Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att arbetena är nödvändiga med hänsyn till funktionsnedsättningen.
- Medgivande från samtliga ägare och, i förekommande fall, nyttjanderättshavare att anpassningsåtgärderna får vidtas. (Gäller då annan än sökanden helt eller delvis äger bostaden eller innehar den med hyres- eller bostadsrätt. Medgivandeblanketter kan rekviveras från kommunen.)

Person med funktionsnedsättning *

Personnummer	Namn
Civilstånd ☐ Gift/Sambo ☐ Ensamstående	Behov av tolk ☐ Ja ☐ Nej Vilket språk

Sökande *

Namn	Telefon	E-postadress
Adress	Postnummer	Ort

Kontaktperson

Namn	Telefon	E-postadress
Adress	Postnummer	Ort
Relation	Fullmakt för kontaktpersonen att företräda den funktionsnedsatte finns ☐ Ja ☐ Nej	

Huset, bostaden, övrigt

Bostaden ligger i	Bostaden innehas med	Botyp	Bor på våning	Byggår
☐ Flerbostadshus ☐ Småhus	☐ Hyresrätt ☐ Bostadsrätt ☐ Äganderätt	☐ Ordinärt boende ☐ Särskilt boende		

Hiss	Tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag i denna bostad	Bidrag i annan bostad	Inflytt.datum/år i denna bostad*
☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej	

Fastighetsbeteckning	Ägare, namn	Ägare, telefon

Jag söker bidrag till anpassning av min bostad med följande åtgärder *

OBSERVERA! Att om bifogat intyg inte uttryckligen styrker behovet av alla åtgärder kan ansökan behöva kompletteras innan beslut.

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

Problemet i min bostad / Motivet till min ansökan

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

Sökandes underskrift

Namn*	Sökt bidragsbelopp

Medgivande till registrering - underskrifter*

Jag medger att mina personuppgifter som lämnats i denna ansökan och eventuella bilagor registreras i kommunens system för bostadsanpassningsbidrag. Jag är medveten om att jag när som helst kan begära att få se ett utdrag på de uppgifter som finns beträffande mig, få felaktigheter i dessa rättade samt få uppgifterna borttagna.

……	……	……
Funktionsnedsatt/Sökande	Sökande/Vårdnadshavare	Kontaktperson

(*) Obligatorisk uppgift