



BYGG- OCH MILJÖFÖRVALTNINGEN

Datum

Fastighetsbeteckning

.....

.....

Ifylles i tillämpliga delar

**Uppgifter om sökanden**

Ansökan avser  Nybyggnad  Ombyggnad

Namn		Personnummer	
Adress		Mobilnummer	
Postnr	Postadress	Telefon bostad	
Den funktionshinderades namn (om annan än sökanden)			Personnummer
Civilst. <input type="checkbox"/> Gift/sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Antal personer i hushållet	Därav under 18 år	
Handikappets art			
Vid rörelsehinder ange hjälpmedel <input type="checkbox"/> Handdriven rullstol <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Käpp <input type="checkbox"/> Gåstöd <input type="checkbox"/> Rollator			
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	

**Uppgifter om fastigheten**

<input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus	Bostaden innehas med <input type="checkbox"/> Äganderätt <input type="checkbox"/> Bostads- hyresrätt
Bostaden består av Antal våningar:	Antal rum: Samt <input type="checkbox"/> Kök <input type="checkbox"/> Kokvrå <input type="checkbox"/> Badrum <input type="checkbox"/> Duschrum <input type="checkbox"/> Extra toalett
Fastighetsägare (om annan än sökanden)	
Utdelningsadress	Postnummer och postadress

**Fastighetsägarens medgivande** (ifylls endast om sökanden inte äger fastigheten)

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

Hyresgästen/Bostadsrättsinnehavaren är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick. Jag är medveten om att hyran/avgiften inte får höjas p g a åtgärder som vidtages.

Datum	Underskrift	Telefon dagtid	Inflyttningsdatum enligt kontrakt
-------	-------------	----------------	-----------------------------------

**Sökta åtgärder** (Om utrymmet inte räcker fortsatt på baksidan eller särskilt blad)

--

**Kontaktperson** (Ifylls i förekommande fall)

Namn	Telefon (även riktnummer) DAGTID
------	----------------------------------

**Underskrift**

Namnteckning
--------------

Vid undertecknande av denna anmälan godkänns behandling av personuppgifter. Personuppgifter som lämnas i denna anmälan registreras för administration och andra åtgärder som är nödvändiga för ärendets hantering personuppgiftslagen (SFS 1998:204).

## ANPASSINGSÅTGÄRDER

Bidrag söks för följande anordningar och åtgärder (mängd och a-pris anges)	Beräknade kostnader inkl installation (jämnna 10-tal kr)	
<b>Inom lägenheten</b>		
Kök		
Badrum		
Övrigt		
Utanför lägenheten		
<b>Summa kronor</b>		

### Handlingar som ska biläggas ansökan

- Intyg av t ex arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig att åtgärderna är nödvändiga med hänsyn till handikappet.  
Vid mer omfattande åtgärder bör intyget kompletteras med ett åtgärdsprogram.
- Kopia av anbud/offert eller kostnadsberäkning.
- Plan- och uppmättningsritning, om det är fråga om ändrad planlösning.

### GLÖM EJ SKRIVA UNDER ANSÖKAN PÅ FÖRSTA SIDAN

Ansökan skickas till Bygg- och miljöförvaltningen, 826 80 SÖDERHAMN