



ANSÖKAN om bostadsanpassningsbidrag

Samhällsbyggnadsnämnden
643 80 VINGÅKER
0151-191 00,
samhallsbyggnadsnamnden@vingaker.se

Datum

Fastighetsbeteckning

Personuppgifter

★ = Obligatoriskt fält

Sökanden: Förnamn ★		Efternamn ★		Personnummer ★	
Utdelningsadress (gata, box etc)				Telefon dagtid (även riktnr)	
Postnummer	Postort		Telefon kvällstid (även riktnr)		
Den funktionshindrade: Förnamn (om annan än sökanden)			Efternamn		Personnummer
Civilstånd			Antal personer i hushållet: vuxna		under 18 år
<input type="checkbox"/> Gift/Sambo		<input type="checkbox"/> Ensamstående			

Fastighet

<input type="checkbox"/> Småhus		<input type="checkbox"/> Flerbostadshus		Lägenhetsnr	Byggnadsår	Senaste ombyggnad, 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"/> extra toalett
Bostaden innehas						
<input type="checkbox"/> med äganderätt		<input type="checkbox"/> med bostadsrätt		<input type="checkbox"/> med hyresrätt		<input type="checkbox"/> i andra hand
Fastighetsägare: Förnamn (om annan än sökanden)			Efternamn		Telefon (även riktnr)	
Utdelningsadress (gata, box etc)				Postnummer	Postort	

Bidrag

Har du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag: i denna bostad		Om ja, ange år		i annan bostad	
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nej				<input type="checkbox"/> Nej	
Om annan bostad: utdelningsadress (gata, box etc)			Postnummer	Postort	

Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättningen						
Förflyttningshjälpmedel						
<input type="checkbox"/> Eldriven rullstol		<input type="checkbox"/> Manuell rullstol		<input type="checkbox"/> Rollator/Deltastöd		<input type="checkbox"/> Käpp

Sökta åtgärder

Om utrymmet inte räcker fortsatt på baksidan eller särskilt blad

Om du söker flera åtgärder placera dem under rubriker: Badrum, kök, övrigt, utanför bostaden etc

Kontaktperson

Ifylls i förekommande fall

Förnamn	Efternamn	Telefon (även riktnr)
---------	-----------	-----------------------

Ovanstående personuppgifter kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen (PuL).

Medgivande och underskrift

Jag medger samtidigt att mitt ärende med personuppgifter får registreras av kommunen för diarium, handläggning och arkivering.	Namnteckning
--	--------------

Sökta åtgärder (forts)

★ = Obligatoriskt fält

Fastighetsägarens medgivande

Ifylls endast om sökanden inte äger fastigheten

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

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

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

Datum och underskrift (fastighetsägaren)