



DEGERFORS  
KOMMUN

## Ansökan om bostadsanpassningsbidrag

1 (2)

Datum:

Handlingar som skall inlämnas till kommunen:

- 1 ex. ansökningsblankett
- intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att arbetena är nödvändiga med hänsyn till funktionsnedsättningen
- vid mer omfattande åtgärder kan ritning och teknisk beskrivning behövas

### Person med funktionsnedsättning (sökande)

Namn		Personnummer	
Adress	Våningsplan	Telefon	
Postnr./ort		Civilstånd	
		<input type="checkbox"/> Gift/sambo	<input type="checkbox"/> Ensamstående
Epostadress sökande		Hjälpmiddel	
		<input type="checkbox"/> Elrullstol	<input type="checkbox"/> Manuell rullstol
		<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Käpp

### Kontaktperson (annan än sökande)

Namn sökande		Adress sökande	
Namn kontaktperson		Telefon kontaktperson	Relation (make, anhörig, god man)

### Huset, bostaden, övrigt

Hustyp	Upplåtelseform	Botyp	LägenhetsNr.	Byggår
<input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Småhus	<input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Äganderätt	<input type="checkbox"/> Ordinärtboende <input type="checkbox"/> Särskiltboende		
Hiss	Har tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag i denna bostad	Bidrag i annan bostad	Inflyttnings-(datum/år) i denna bostad	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

### Sökta åtgärder (om utrymmet inte räcker-fortsätt på baksidan eller i särskild bilaga)

--

### Fastighet

Fastighetsbeteckning		
Ägarens namn	Kontaktperson	Telefon
Ägarens adress	Epostadress	

Var god vänd →



