



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		Hjälpmedel <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		

