



Datum

Inkommen

Dnr

Handlingar som ska lämnas till kommunen:

- 1 exemplar av ansökan
- Intyg av t ex arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig att åtgärderna är nödvändiga med hänsyn till funktionsnedsättningen.
- 1 exemplar av fullmakt till kommunen om hjälp önskas med hantverkarkontakter

UPPGIFTER OM SÖKANDEN M.M.

Kommun		Fastighetsbeteckning	
Sökandens namn			Organisations-/personnummer
Sökandens adress			Tfn bostaden/arbetet
Postnummer	Postadress		
Namn på person som ansökan avser (om annan än sökanden)			Organisations-/personnummer
Adress			Telefonnummer
Typ av funktionsnedsättning			
Civiltillstånd		Antal personer i hushållet - vuxna - under 18 år	
<input type="checkbox"/> Gift/Sambo	<input type="checkbox"/> Ensamstående		
Förflyttningsmedel i förekommande fall		Annat gånghjälpmedel	
<input type="checkbox"/> Handdriven rullstol	<input type="checkbox"/> Eldriven rullstol	<input type="checkbox"/> Käpp	<input type="checkbox"/> Rollator

UPPGIFTER OM FASTIGHETEN

<input type="checkbox"/> Småhus	<input type="checkbox"/> Flerbostadshus	Byggnadsår	
Bostadsanpassningsbidrag har erhållits tidigare		Om "ja" ange år	Om "ja" ange vilken fastighet/kommun
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		
Fastighetsägare (om annan än sökanden)		Bostaden innehas med	
		<input type="checkbox"/> äganderätt	<input type="checkbox"/> bostads- eller hyresrätt
		Bostaden uppläts av	
		<input type="checkbox"/> fastighets-ägaren	<input type="checkbox"/> kommunen <input type="checkbox"/> i andra hand
Bostaden består av antal rum		Bostaden består av	
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

SÖKANDENS UNDERSKRIFT

Jag försäkrar på heder och samvete att de uppgifter om faktiska förhållanden som lämnats i denna ansökan och därtill bifogade handlingar är sanningsenliga.	
Namnteckning	Namnförtydligande

ANPASSINGSÅTGÄRDER (ifylls av sökande)

Bidrag söks för följande åtgärder		
Inom lägenheten		
Kök		
Badrum		
Övrigt		
Utanför lägenheten		

Om sökanden inte äger fastigheten

Till ansökan ska bifogas en undertecknad skrivelse, där fastighetsägaren ger sitt medgivande till den sökta anpassningen. Av skrivelsen bör även framgå att den boende inte är skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick vid avflyttning eller av annat skäl.

--	--

Blanketten skickas till:

Mikael Johansson
Bostadsanpassning
Biståndsenheten
Allégatan 46
534 32 Vara

Vid frågor kontakta Mikael Johansson, 0512-318 26

E-post: mikael.johansson@vara.se