



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 bostad/arbete
Postnummer	Postadress	
Namn på person som ansökan avser (om annan än sökanden)		Organisations-/personnummer
Adress		Telefonnummer
Typ av funktionsnedsättning		
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående		Antal personer i hushållet - vuxna - under 18 år
Förflyttningsmedel i förekommande fall <input type="checkbox"/> Handdriven rullstol <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Käpp <input type="checkbox"/> Rollator		Annat gånghjälpmedel

**UPPGIFTER OM FASTIGHETEN**

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

**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.

Namn	Namn
Namnteckning	Namnförtydligande

V.g. vänd!



## ANPASSNINGÅTGÄRDER (ifylls av sökande)

Bidrag söks för följande åtgärder
<b>Inom lägenheten</b>
Kök
Badrum
Övrigt
<b>Utanför lägenheten</b>

### 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  
mikael.johansson@vara.se