



Datum _____

Diarienummer _____

Fastighetsbeteckning _____

Sänds till:

BOSTADSANPASSNINGSHANDLÄGGARE

Inger Holmer

Socialkontoret

Drottninggatan 8 B

453 80 LYSEKIL

Handlingar som skall inlämnas till kommunen:

- 1 ex av ansökan
- Intyg av arbetsterapeut, sjukgymnast, läkare eller annan sakkunnig att anpassningsåtgärden är nödvändig med hänsyn till funktionsnedsättningen.

PERSONUPPGIFTER:

Sökandens namn:		Personnummer:
Utdelningsadress: (Gata, box, etc)		Telefon bostaden: (även riktnr:)
Postnummer och Ort:		Telefon arbetet: (även riktnr:)
Den funktionshindrades namn: (om annan än sökanden)		Personnummer:
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift / sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Antal personer i hushållet: Vuxna	Under 18 år

KONTAKTPERSON:

Iffylles i förkommande fall

Namn:	Telefon bostaden: (även riktnr:)	Telefon arbetet: (även riktnr:)
-------	----------------------------------	---------------------------------

FUNKTIONSNEDSÄTTNING:

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

FASTIGHET:

<input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus	Lägenhetsnr:	Byggnadsår:	Senast ombyggnad, år:	Inflyttningsdatum:
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	Balkong / Uteplats <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Bostaden innehåser <input type="checkbox"/> med äganderätt <input type="checkbox"/> med bostadsrätt <input type="checkbox"/> med hyresrätt <input type="checkbox"/> i andra hand				
Fastighetsägare: (om annan än sökanden)			Telefon: (även riktnr:)	
Utdelningsadress: (gata, box etc)		Postnummer och Ort:		

BIDRAG:

Har du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag i denna bostad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	I annan bostad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om annan bostad: adress	

SÖKANDENS ELLER MÅLSMANS UNDERSKRIFT:

Datum	Namn/teckning
-------	---------------

INFORMATION

Dina personuppgifter kommer att hanteras i enlighet med Personuppgiftslagen (1998:204), PUL.

ANPASSINGSÅTGÄRDER: (IFYLLES AV SÖKANDEN)

Bidrag sökes för följande åtgärder:

Kök:

Hygienrum:

Övrigt:

FASTIGHETSÄGARENS MEDGIVANDE

Hyresgästen/bostadsrättsinnehavaren får vidtaga de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag sökes och beslutats och är inte skyldiga att återställa lägenheten i ursprungligt skick, vad gäller dessa åtgärder. Under vissa villkor kan fastighetsägaren få bidrag till återställning. Hyran/avgiften får inte höjas av de åtgärder som vidtages.

Datum:	Namnteckning:
Fastighetsägare ev. stämpel	Namnförtydligande:
	Adress:
	Telefon: (även riktnr.)

* ÖNSKAS HJÄLP MED OFFERTFÖRFRÅGAN?
(RINGA IN ETT ALTERNATIV)

JA

NEJ

HAR DU FRÅGOR ANGÅENDE BOSTADSANPASSNING**KONTAKTA:**

Bostadsanpassningshandläggare

Inger Holmer

Socialkontoret

Drottninggatan 8 B

453 80 LYSEKIL

Tel: 0523-61 33 82. Telefontid: måndag och tisdag kl. 08.30 – 10.00.

E-post: inger.holmer@lysekil.se