

Ansökan om bostadsanpassningsbidrag

Enligt SFS 1992:1574



Handlingarna skickas till:

Sektor samhällsbyggnad

Ale kommun

449 80 Alafors

Handlingarna som skall inlämnas till kommunen:

- 1 ex ansökningsblankett
- Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att arbetena är nödvändiga med hänsyn till funktionsnedsättningen.
- Kopia på anbud/offert
- Vid mer omfattande åtgärder kan ritning och teknisk beskrivning behövas.

Läs alltid anvisningarna innan du fyller i blanketten

1. Personuppgifter

För- och efternamn på den funktionsnedsatte		Personnummer
För- och efternamn vid annan sökande (när sökande är annan hushållsmedlem)		Personnummer
Adress		Sökandes telefon dagtid
Postnummer och ort	Lägenhetsnummer	Sökandes mobiltelefon
Sökandet e-postadress		
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/> Barn		

2. Kontaktperson (se anvisningar)

Roll vid ansökan <input type="checkbox"/> Biträde <input type="checkbox"/> Ombud <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare		
Namn, kontaktperson	Telefon, kontaktperson	Mobiltelefon

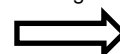
3. Bostad som skall anpassas

Fastighetsbeteckning	Byggår		
Fastighetsägare	Inflyttningsdatum		
Bostaden innehas <input type="checkbox"/> Med äganderätt <input type="checkbox"/> Med bostadsrätt <input type="checkbox"/> Med hyresrätt <input type="checkbox"/> I andra hand			
Bostaden är belägen i <input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Serviceboende	Antal rum	Vilken våning	
Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Extra WC <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Balkong <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Altan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

4. Funktionsnedsättning (gäller den funktionsnedsatte)

Vilken eller vilka funktionsnedsättningar har du? <input type="checkbox"/> Rörelsehinder <input type="checkbox"/> Synskadad <input type="checkbox"/> Utvecklingsstörning <input type="checkbox"/> Psykisk funktionsnedsättning <input type="checkbox"/> Allergi <input type="checkbox"/> Annat:			
Vilka förflyttningshjälpmedel använder du? <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator/Deltastöd <input type="checkbox"/> Annat:			
Vilka hjälpinsatser har du? <input type="checkbox"/> Färdtjänst <input type="checkbox"/> Hemtjänst <input type="checkbox"/> Personlig assistans <input type="checkbox"/> Bostad beviljad enligt LSS eller SoL			

Vänd sida och fyll i vilka anpassningsåtgärder du vill söka bidrag för



5. Vad är anledningen till din ansökan?

Anledningen till ansökan lämnas i en bilaga

6. Anpassningsåtgärder som du vill söka bidrag för (måste alltid fyllas i).

Åtgärder lämnas i en bilaga

7. Övriga upplysningar (som lämnas av den sökande)

8. Vilka bilagor skickar du med?

Intyg av arbetsterapeut eller annan sakkunnig

Åtgärdsförslag med förslag på anpassning

Fullmakt för sökande

Offert eller kostnadsberäkning

Ritningar

Annan

9. Medgivande till bostadsanpassningsenheten

Bostadsanpassningsenheten får kontakta arbetsterapeut, läkare eller annan som har kännedom om min funktionsnedsättning.

Ja

Nej

Jag medger samtidigt att mina personuppgifter registreras i kommunens datasystem för bostadsanpassningsärenden.

10. Sökandes underskrift (eller person med fullmakt att teckna sökande)

Datum	Namn-teckning	Namn-förtydligande
-------	---------------	--------------------

Bostadsanpassningsbidraget regleras i lagen (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m och Boverkets föreskrifter (1992:46)