

**Handlingar skickas till:**

 Miljö- och byggmyndigheten  
 Box 53  
 243 21 Höör

**ANSÖKAN om bostadsanpassningsbidrag**

Datum: \_\_\_\_\_

**Handlingar som skall inlämnas till kommunen:**

- 1 ex av ansökan.
- Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att arbetena är nödvändiga med hänsyn till funktionshindret. Vid mer omfattande åtgärder bör intyget kompletteras med s åtgärdsprogram.
- Kopia av anbud/offert eller kostnadsberäkning.
- Beskrivning av sökta åtgärder (ritningar/teknisk beskrivning).

**Sökande**

|   |  |   |        |
|---|--|---|--------|
| Sökandes namn   |  | Personnummer  |        |
| Postadress  |  | Postnummer och postort  |        |
| Civilstånd<br><input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/> Barn |  | Telefon, dagtid   | E-post |
| Funktionshinder   |  | Förflyttningshjälpmedel<br><input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Käpp |        |

**Kontaktperson**

|                     |                 |        |
|---------------------|-----------------|--------|
| Kontaktpersons namn | Telefon, dagtid | E-post |
|---------------------|-----------------|--------|

**Fastighet/Byggnad**

|  |  |                   |   |                    |
|--|--|-------------------|---|--------------------|
| Fastighetsbeteckning   |  | Lägenhetsnummer   | Byggår  | Senast ombyggt, år |
| Hustyp<br><input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus  |  | Antal rum (RoK)   | Upplåtelseform<br><input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Äganderätt   |                    |
| <input type="checkbox"/> Nuvarande bostad <input type="checkbox"/> Bostad som jag SKA flytta till eller NYLIGEN har flyttat till |  | Inflyttningsdatum | <input type="checkbox"/> Hiss<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej<br><input type="checkbox"/> Lägenhet i SPECIALBOENDE (gruppboende, servicehus etc.) |                    |

**Fastighetsägare**

|                        |            |                        |
|------------------------|------------|------------------------|
| Fastighetsägarens namn | Postadress | Postnummer och postort |
|------------------------|------------|------------------------|

**Fastighetsägarens medgivande** (ifylls endast om sökanden inte äger fastigheten)

*Hyresgästen/Bostadsrättsinnehavaren får vidtaga de åtgärder för vilken bostadsanpassningsbidrag söks och är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick vad avser dessa åtgärder (under vissa villkor kan ägaren få återställningsbidrag). Hyran/avgiften kommer inte höjas med anledning av de vidtagna åtgärderna.*

|       |             |
|-------|-------------|
| Datum | Underskrift |
|-------|-------------|

**Tidigare bidrag/Ny ansökan**

|   |  |                         |
|---|--|-------------------------|
| Har tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag i denna bostad<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | I annan bostad<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om annan bostad, adress |
|---|--|-------------------------|

**Sökta åtgärder** (Om utrymmet inte räcker – fortsatt på baksidan eller särskild bilaga)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

**Sökandes underskrift och fullmakt till kommunen**

|             |
|-------------|
| Underskrift |
|             |

Personuppgifter som du lämnar på denna blankett kommer att bli föremål för behandling hos kommunen enligt Personuppgiftslagen och kommer användas för handläggning av ditt ärende. Då uppgifterna ingår i handling hos myndighet som är allmän kan uppgifterna komma att lämnas ut till allmänheten i de fall uppgifterna inte omfattas av Sekretesslagens regler. Om du vill ha ytterligare upplysningar om hur dina personuppgifter används eller om du vill begära rättelse av uppgifterna ombedes du kontakta kommunen, handläggare för bostadsanpassning, på telefon 0413-282 04.