

# ANSÖKAN om bostadsanpassningsbidrag

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

**Handlingar som ska 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 så kallat åtgärdsprogram.
- Kopia av anbud, offert eller kostnadsberäkning
- Beskrivning av sökta åtgärder (ritningar eller teknisk beskrivning)

**Handlingar skickas till:**

 Byggenheten  
 Box 53  
 243 21 Höör

**Sökande**

Sökandes namn		Personnummer	
Postadress		Postnummer och postort	
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/> Barn		Telefon, dagtid	E-post
Funktionshinder		Förflyttningshjälpmedel <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 <input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus	Antal rum (RoK)	Upplåtelseform <input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Äganderätt		Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Nuvarande bostad <input type="checkbox"/> Bostad som jag SKA flytta till eller NYLIGEN har flyttat till	Inflyttningsdatum	<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 eller Bostadsrättsinnehavaren får vidta de åtgärder för vilken bostadsanpassningsbidrag söks och är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick vad avser dessa åtgärder (under vissa villkor kan fastighetsägaren få återställningsbidrag). Hyran eller avgiften kommer inte höjas med anledning av de vidtagna åtgärderna.*

Datum	Underskrift
-------	-------------

**Sökandes fullmakt**

<input type="checkbox"/> Sökanden uppdrar till Höors kommun att utföra beslutade bidragsberättigade åtgärder (kräver fastighetsägarens medgivande)
--

**Tidigare bidrag/Ny ansökan**

Har tidigare erhållit 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
--	---	-------------------------

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

--

**Sökandes underskrift och fullmakt till kommunen**

Underskrift

**Hantering av personuppgifter**

Höors kommun är personuppgiftsansvarig för de uppgifter du lämnar till oss. Vid handläggningen av ditt ärende registreras och behandlas vid behov ditt personnummer och andra kontaktuppgifter i kommunens ärendehanteringssystem. Vi behöver registrera dina personuppgifter för att kunna fullgöra våra åtaganden gentemot dig. Personuppgiftsansvarig nämnd är tillstånds- och tillsynsnämnden.

Du har rätt att en gång per kalenderår få information om hur dina personuppgifter behandlas. Upptäcker du att en personuppgift är felaktig och behöver rättas eller om du önskar mer information om hur dina personuppgifter används ber vi dig kontakta oss. Du når vårt Dataskvddsombud på [dataskvddsombud@hoor.se](mailto:dataskvddsombud@hoor.se).