

Datum

Handlingarna skickas till:

Falköpings kommun
Bostadsanpassning
Trädgårdsgatan 17
521 81 Falköping

Handlingar som förutom denna blankett ska lämnas till kommunen:

- Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att arbetena är nödvändiga med hänsyn till funktionsnedsättningen. (Gäller ej om ansökan avser reparation, underhåll och besiktning)
- Medgivande från samtliga ägare och, i förekommande fall, nyttjanderättshavare att anpassningsåtgärderna får vidtas. (Gäller ej om ansökan avser reparation, underhåll och besiktning)

Sökande *

Personnummer		Namn	
Adress		Postnummer	Ort
C/O – Adress			
Telefonnummer		E-postadress	
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vilket språk	

Kontaktperson

Namn		Telefon	Relation
Adress		Postnummer	Ort
E-postadress		Fullmakt för kontaktpersonen att företräda den sökande finns <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Huset, bostaden, övrigt

Bostaden ligger i <input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Småhus		Bostaden innehas med <input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Äganderätt		Bor på våning
Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag i denna bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bidrag i annan bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Inflytt.datum/år i denna bostad*	
Fastighetsbeteckning		Ägare, namn		Ägare, telefon

Jag söker bidrag till anpassning av min bostad med följande åtgärder *

OBSERVERA! Att om bifogat intyg inte uttryckligen styrker behovet av alla åtgärder kan ansökan behöva kompletteras innan beslut.

(Om utrymmet inte räcker – fortsatt på baksidan eller i särskild bilaga)

Sökt bidragsbelopp

Problemet i min bostad / Motivet till min ansökan

(Om utrymmet inte räcker – fortsatt på baksidan eller i särskild bilaga)

--

Datum

Övriga upplysningar**Medgivande till handläggaren**

Handläggaren får kontakta den arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig som skrivit de intyg jag bifogat. Medgivandet gäller även rätt att kontakta fastighetsägaren.

Ja Nej

Sökandes/Ställföreträdares underskrift ***Medgivande till registrering – underskrifter ***

Jag medger att mina personuppgifter som lämnats i denna ansökan och eventuella bilagor registreras i kommunens system för bostadsanpassningsbidrag. Jag är medveten om att jag när som helst kan begära att få se ett utdrag på de uppgifter som finns beträffande mig, få felaktigheter i dessa rättade samt få uppgifterna borttagna.

.....
Sökande/Ställföreträdare.....
Kontaktperson

(*) Obligatorisk uppgift