



ANSÖKAN OM BOSTADSANPASSNINGSBIDRAG

Ifylld blankett skickas till:
Leksands kommun
Samhällsbyggnadskontoret
793 80 Leksand

Nedanstående uppgifter kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen (PUL)
Jag medger att mitt ärende med personuppgifter får registreras av kommunen för diarium, handläggning och arkivering.

Datum	Fastighetsbeteckning
-------	----------------------

Personuppgifter

Sökandens namn	Personnummer
Utdelningsadress (gata, box etc.)	Telefon, bostad (även riktnummer)
Postnummer och postort	Telefon, mobil
Den funktionshindrades namn (om annan än sökande)	Personnummer
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Antal personer i hushållet, vuxna Antal personer i hushållet, under 18 år

Fastighet

<input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus	Lägenhetsnummer	Byggnadsår	Senaste ombyggnad, år	
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	
Bostaden innehas	<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 sökande)	Telefon (även riktnummer)			
Utdelningsadress (gata, box etc.)	Postnummer och postort			

Bidrag

Har du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag i denna bostad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag i annan bostad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om annan bostad, ange adress	Postnummer och postort

Postadress
Rättviks kommun
Socialförvaltningen
795 80 Rättvik

Besöksadress
Golfvägen 1A

Telefon
0248-700 00 (vx)
Telefax
0248-703 46

E-postadress
sociala@rattvik.se
Internetadress
www.rattvik.se

Funktionshinder

Funktionshinder			
Förflyttningshjälpmedel			
<input type="checkbox"/> Eldriven rullstol	<input type="checkbox"/> Manuell rullstol	<input type="checkbox"/> Rollator/Deltastöd	<input type="checkbox"/> Käpp

Bifogade handlingar

<input type="checkbox"/> Läkarintyg	<input type="checkbox"/> Intyg från arbetsterapeut	<input type="checkbox"/> Annan handling:
-------------------------------------	--	--

Kontaktperson (ifylls i förekommande fall)

Namn	Telefon (även riktnummer)
------	---------------------------

Namnteckning

Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande

Uppdragsbekräftelse

Undertecknad ger härmed handläggaren vid Socialförvaltningen i uppdrag att för min räkning beställa och anta offerter. Uppdraget omfattar även att använda bostadsanpassningsbidraget för att betala fakturor från berörda entreprenörer.

Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande

Fastighetsägarens medgivande

Hyresgästen/bostadsrättsinnehavaren får vidtaga de åtgärder för vilka bostadsanpassning söks. Hyresgästen/bostadsrättsinnehavaren är inte skyldig att återställa i ursprungligt skick.

Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande

Sökta åtgärder

--