

ANSÖKAN
Bostadsanpassningsbidrag

Uppgifter om den sökande

Sökandes namn		Personnummer	
Utdelningsadress		Tel bost	
Postnr	Ort	Tel arbete	
Den funktionshindrades namn (om annan än sökanden)		Personnummer	
<input type="checkbox"/> Gift/sambo	<input type="checkbox"/> Ensamstående	Antal vuxna i hushållet	Antal under 18 år i hushållet
Typ av funktionshinder			
<input type="checkbox"/> Intyg av t. ex arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig bifogas. Av intyget framgår att sökta åtgärder är nödvändiga med hänsyn till funktionshindret.			

Uppgifter om fastigheten

Fastighetsbeteckning		Lägenhetsnummer	
<input type="checkbox"/> Bostaden innehas med äganderätt	<input type="checkbox"/> Bostaden innehas med bostadsrätt	<input type="checkbox"/> Bostaden innehas med hyresrätt	<input type="checkbox"/> Bostaden hyrs i andra hand
Fastighetsägare			

Sökta anpassningsåtgärder

1
2
3
4
5
6
7
8

Underskrift

Ort och datum	Underskrift
---------------	-------------