

Handlingarna skickas till:

**Alingsås kommun
 Vård- och
 omsorgsförvaltningen
 441 81 Alingsås**

Handlingar som förutom denna blankett skall 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)

Person med funktionsnedsättning *

Personnummer	Namn		
Adress		Postnummer	Ort
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 funktionsnedsatte 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
Söker du annat boende? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				

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 – fortsätt på baksidan eller i särskild bilaga)

Sökandes underskrift*

Namn	Sökt bidragsbelopp
------	--------------------

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. Jag medger även att handläggare för bostadsanpassning får kontakta den som skrivit intyget. Handläggaren kan behöva få intyget förtydligt eller ställa kompletterande frågor. Genom ditt medgivande kan handläggaren göra det direkt till den som skickat intyget.		
..... Funktionsnedsatt Ställföreträdare/God man Kontaktperson

(*) Obligatorisk uppgift