

Ansökan om bostadsanpassningsbidrag

| | |
|----------------------|--------------|
| Datum | Diarienummer |
| Fastighetsbeteckning | |

Ansökan skickas till

Växjö kommun
Omsorgsförvaltningen
Kommunrehab
Box 1222
351 12 Växjö

Handlingar som ska skickas in

- Ett exemplar av ansökan
- Intyg av arbetsterapeut eller sakkunnig att anpassningarna är nödvändiga med hänsyn till funktionsnedsättningen

Sökandes personuppgifter

| | | |
|---|------------------------------------|----------------------------|
| Namn | Personnummer | Telefon bostad |
| Adress | | Telefon arbetet |
| Postnummer och postort | | Mobil |
| Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/sammaboende <input type="checkbox"/> Ensamstående | Antalet vuxna personer i hushållet | Antal personer under 18 år |

Kontaktperson (ifylls i förekommande fall)

| | | | |
|------|----------------|----------------|-------|
| Namn | Telefon bostad | Telefon arbete | Mobil |
|------|----------------|----------------|-------|

Fastighet

| | | | | |
|---|--------------------|--|------------------|------|
| <input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus | Antal rum utan kök | Inflyttningsdatum | Balkong/uteplats | Hiss |
| 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 sökanden) | | Telefon (fastighetsägare) | | |
| Adress (fastighetsägare) | | Postnummer och postort (fastighetsägare) | | |

Bidrag

| | |
|---|---|
| Har du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag för denna bostad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | För annan bostad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Om annan bostad, adress | |

Funktionsnedsättning

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
| Funktionsnedsättningen | | | |
| Förflyttningshjälpmedel <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol | <input type="checkbox"/> Manuell rullstol | <input type="checkbox"/> Rollator/Deltastöd | <input type="checkbox"/> Käpp |

Underskrift

Samtidigt med denna ansökan samtycker jag till att uppgifterna behandlas av omsorgsnämnden enligt bestämmelserna i personuppgiftslagen 1998:204

Namnsteckning

| |
|--|
| |
|--|

