

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

--

Anpassningsåtgärder

Bidrag söks för följande åtgärder (ifylls av sökanden)

	Kostnader	