

Kinda Kommun

Box 1, 590 40 Kisa

kinda@kinda.se, 0494-190 00

Ansökan om bostadsanpassningsbidrag

* = Obligatorisk uppgift

Sökande (person med funktionsnedsättning)

Förnamn*
Efternamn*
Personnummer*
Utdelningsadress*

Postnummer *
Postort*
Telefon (även riktnummer)*
E-postadress

Kontaktperson (i förekommande fall)

Förnamn
Efternamn

Telefon (även riktnummer)
E-postadress

Civilstånd*

- Gift/sambo
 Ensamstående

Antal personer i hushållet

Vuxna*	Under 18 år*
--------	--------------

Fastighet*

Fastighetsbeteckning

<input type="checkbox"/> Småhus	Lägenhetsnummer
<input type="checkbox"/> Flerbostadshus	

Byggnadsår	Senaste ombyggnad, år
------------	-----------------------

Antal rum

Samt

- kök badrum
 kokvrå duschrum
 kokskåp extra toalett

Bostaden är

- en äganderätt
 en bostadsrätt
 en hyresrätt
 en andrahandsbostad

Fastighetsägare (om annan än sökanden)

Företagsnamn eller personnamn
Utdelningsadress
Postnummer

Postort
Telefon (även riktnummer)
E-postadress

Kontaktperson (om fastighetsägaren är ett företag)

Förnamn
Efternamn

Telefon (även riktnummer)
E-postadress

Funktionsnedsättning*

Beskrivning



Kinda Kommun

Förflyttningshjälpmedel*

 Eldriven rullstol

 Rollator

 Manuell rullstol

 Käpp

Bidrag

Har du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag i denna bostad?*

 Ja, år

 Nej

Har du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag i annan bostad?*

 Ja, ange adressen nedan

 Nej

 Utdelningsadress

 Postort

 Postnummer

Sökta åtgärder*

Om hänsyn behöver tas till andra i familjen eller i fastigheten där anpassningen ska ske kan det eventuellt innebära högre kostnader för anpassningen.

Om du söker flera åtgärder, placera dem under rubriker: Badrum, kök, övrigt, utanför bostaden etc.

Bilagor

 Intyg från läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast eller annan sakkunnig

 Anbud, offert eller kostnadsberäkning

 Uppgift om bank och bankkonto för bostadsanpassningsbidraget

Underskrifter

Sökande

 Datum och sökandens underskrift*

 Namnförtydligande*

Make/maka/sambo

 Jag godkänner att bostadsanpassningen görs

 Datum och make/maka/sambos underskrift

 Namnförtydligande

Fastighetsägare

 Jag godkänner att bostadsanpassningen görs och intygar att ingen ersättning krävs för att återställa anpassningen

 Datum och fastighetsägarens underskrift

 Namnförtydligande

Hantering av personuppgifter:

Kommunen blir personuppgiftsansvarig för personuppgifterna först när den ifyllda blanketten tagits emot av kommunen. Uppgifterna kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen. För mer information om hur personuppgifterna behandlas i ditt ärende hänvisas till kommunens hemsida.