



Ansökan om bostadsanpassnings- bidrag

2012-08-31
SID 1/3

SKICKA TILL
VALLENTUNA KOMMUN
SAMHÄLLSBYGGNADSFÖRVALTNINGEN
186 86 VALLENTUNA

Handlingar som skall lämnas in till kommunen:

- 1 ex av ansökan
- Intyg av t ex arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig att åtgärderna är nödvändiga för att bostaden skall vara ändamålsenlig.

Fastighetsbeteckning:

Personuppgifter

SÖKANDENS NAMN		PERSONNUMMER
UTDELNINGSDRESS (GATA, BOX ETC)	POSTNUMMER	ORT
TELEFON BOSTAD (ÄVEN RIKTNR)	TELEFON ARBETE/MOBIL (ÄVEN RIKTNR)	
DEN FUNKTIONSHINDRADES NAMN (OM ANNAN ÄN SÖKANDEN)	PERSONNUMMER	

Kontaktperson (ifylls i förekommande fall)

NAMN	TELEFON (ÄVEN RIKTNR)
------	-----------------------

Civilstånd:

- Gift/sambo
 Ensamstående

Har du hemtjänst?

- Ja
 Nej

Antal personer i hushållet:

Vuxna:
Under 18:

Fastighet:

- Småhus
 Flerbostadshus
 Hiss

Antal rum samt:

- Kök
 Badrum
 Kokvrå
 Kokskåp
 Extratoalett
 Duschrum

Byggnadsår (avser småhus):

Inflyttning i bostaden år:

Bostaden innehas:

- Med äganderätt
 Med bostadsrätt
 Med hyresrätt
 I andra hand

FORTS.



SAMHÄLLSBYGGNADSFÖRVALTNINGEN
186 86 VALLENTUNA
TFN 08-587 850 00
SBF@VALLENTUNA.SE

WWW.VALLENTUNA.SE



**Vallemtuna
kommun**



Bidrag

Har du tidigare sökt bostads-
anpassningsbidrag i denna bostad?

Ja Nej

I annan bostad?

Ja Nej

Om annan bostad, adress:

Funktionshinder

Funktionshindret:

Förflyttningshjälpmedel:

- Eldriven rullstol Manuell rullstol
- Rollator Käpp

Sökt bostadsanpassningsbidrag kr:

Sökta åtgärder

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sökandens underskrift

Jag ansöker härmed om bostadsanpassningsbidrag och godkänner samtidigt att lämnade uppgifter får hanteras med hjälp av ADB (databehandling).

.....
ORT, DATUM

.....
UNDERSKRIFT

FORTS.





Fastighetsägarens medgivande

(ifylles endast om sökanden inte äger fastigheten)

Hyresgästen/Bostadsrättsinnehavaren:

- Får vidtagna åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks
- Är inte skyldig att återställa lägenhet i ursprungligt skick

Personuppgifter

FASTIGHETSÄGARE		TELEFON (ÄVEN RIKTNUMMER)
UTDELNINGSDRESS	POSTNUMMER	ORT

.....
ORT, DATUM

.....
UNDERSKRIFT

OBS! Uppgifterna i denna ansökan och därtill hörande bilagor kommer att hanteras med hjälp av automatisk databehandling (ADB)



SAMHÄLLSBYGGNADSFÖRVALTNINGEN

186 86 VALLENTUNA
TFN 08-587 850 00
SBF@VALLENTUNA.SE

WWW.VALLENTUNA.SE



**Vallemtuna
kommun**