

Ansökan om bostadsanpassningsbidrag

Enligt SFS 2018:222

Handlingar som ska bifogas ansökan:

Intyg av arbetsterapeut eller annan sakkunnig som styrker att din funktionsnedsättning är bestående, att hjälpmedel utprovats och inte är tillräckligt, samt att sökt anpassning är nödvändig med hänsyn till din funktionsnedsättning.

Ansökan skickas till:

Biståndsenheten
Omsorgsförvaltningen
Box 981
461 29 Trollhättan

Fastighetsägarens medgivande, ex hyresvärd, bostadsrättsförening eller delägare i ett småhus.

Personuppgifter

För- och efternamn		Personnummer
Adress	Postnummer och ort	
E-postadress	Sökandes telefonnummer	
Tolk		
<input type="checkbox"/> Behov av tolk Språk:		

Kontaktperson

För- och efternamn	E-postadress	Telefon
Roll vid ansökan		
<input type="checkbox"/> Anhörig <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare		
Förordnandet ska bifogas ansökan		
Innebörden av uppdraget som god man/förvaltare ska också framgå; sörja för person, förvalta egendom eller bevaka rätt		
Jag samtycker till att kontaktperson har rätt att ta del av information som finns dokumenterat hos bostadsanpassningen		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

Hjälpmedel

Om du använder förflyttningshjälpmedel, vilka?
<input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Annat:

Bostad som ska anpassas

Adress (om annan än sökandes folkbokföringsadress)			
Fastighetsbeteckning	Våningsplan	Byggår	
Bostaden innehas som			
<input type="checkbox"/> äganderätt <input type="checkbox"/> bostadsrätt <input type="checkbox"/> hyresrätt <input type="checkbox"/> i andra hand			
Har du tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag i denna bostad?	Finns hiss i bostaden	Hustyp	Inflyttningsdatum i denna bostad
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus	

Beskrivning av din situation/problem i bostaden utifrån din funktionsnedsättning**Ange vilka anpassningsåtgärder som du vill söka bidrag för**

I kök
I badrum
Annat i bostaden
Utanför bostaden

Nyttjanderättshavares medgivande (Fylls i om flera personer står på hyres-/bostadsrättskontrakt)

För medgivandet gäller följande		
Hyresgästen/bostadsrättsinnehavaren får utföra de åtgärder för vilka bidrag söks. Detta är enligt lagen (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag en av förutsättningarna för att bostadsanpassningsbidrag ska kunna beviljas. (Vid fler nyttjanderättshavare används särskild bilaga)		
Datum	Nyttjanderättshavare	Namnteckning

Medgivande till Bostadsanpassningen

Genom att kryssa i nedan ger du handläggaren medgivande till att vid behov kontakta den arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig som skrivit de intyg som bifogats ansökan och fastighetsägare i frågor som rör min ansökan om bostadsanpassningsbidrag.

Ja Nej

Övriga upplysningar

--

Sökandens underskrift

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------

Vårdnadshavare 1 (om sökande är under 18 år)

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------

Vårdnadshavare 2

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------

För att kunna bearbeta din ansökan behandlas dina personuppgifter av Omsorgsnämnden Trollhättans stad enligt gällande lagstiftning. För mer information om hur Trollhättans stad hanterar personuppgifter. Se www.trollhattan.se/dataskydd