|  |  |
| --- | --- |
| *Handlingarna skickas till:* | **Handlingar som förutom denna blankett skall lämnas till kommunen**: |
| **OXELÖSUNDS KOMMUN**  **Kommuncenter/BAB** | *- Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig som styrker att anpassningen är nödvändig med hänsyn till funktionsnedsättningen.* |
| **613 81 Oxelösund** | *- Vid mer omfattande åtgärder kan ritning och teknisk beskrivning behövas, samt offert eller kostnadsberäkning.* |

**Sökande**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Personnummer | Namn | | telefon | |
| Civilstånd  ☐Gift/Sambo ☐Ensamstående☐Barn | | Adress | | Postnummer |

**Eventuell kontaktperson**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namn | Telefon | E-postadress |

**Huset, bostaden, övrigt**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bostaden ligger i  ☐Flerbostadshus  ☐Hus/radhus | Bostaden är en/ett  ☐Hyresrätt ☐Bostadsrätt  ☐Egen ägare till hus/radhus ☐Delägare hus/radhus | | Botyp  ☐Ordinärt boende  ☐Särskilt boende | Bor på våning | Byggår |
| Hiss  ☐Ja ☐Nej | | Året jag flyttade in i denna bostad | | | |
| **Jag söker bidrag till anpassning av min bostad med följande åtgärder**  (Om utrymmet inte räcker – skriv på baksidan ) | | | |  | |
|  | | | |  | |
|  | | | | | |
| **Kontakt med intygsskrivare** | | | |  | |
| Handläggare får kontakta intygsskrivare om något är oklart med intyget  (OBS detta påverkar inte hur handläggaren beslutar i ärendet)  ☐Ja ☐Nej Handläggare får meddela beslut till intygsskrivare ☐Ja ☐Nej | | | | | |

**Fastighet**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fastighetsbeteckning | Ägare, namn | Ägare, telefon |

**Fastighetsägarens/delägarens medgivande**. Hyresgästen/Bostadsägaren får vidta de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks och är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick vad avser dessa åtgärder.(Obs måste undertecknas av bostadens samtliga ägare) Ägarmedgivande behövs inte om anpassningen gäller

justering av trösklar, uppsättning av stödhandtag, installation av spisvakt hos Kustbostäder

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………… ……………………………………………… …………………………………  Datum signatur Datum signatur Datum signatur  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Namnförtydligande Namnförtydligande Namnförtydligande | |
| **Sökandens underskrift (Om sökande är barn ska samtliga vårdnadshavare skriva under ansökan)** |  |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Namnteckning  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

Namnförtydligande

Jag medger samtidigt att mina personuppgifter registreras i kommunens datasystem för bostadsanpassningsärenden.