



**Handlingarna skickas till:**

Vård- och omsorgsförvaltningen  
Bostadsanpassningen  
631 86 Eskilstuna

**Handlingar som förutom denna blankett ska lämnas till kommunen:**

- Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att arbetena är nödvändiga med hänsyn till funktionsnedsättningen.
- Vid mer omfattande åtgärder kan ritning och teknisk beskrivning behövas samt offert eller kostnadsberäkning.

**Person med funktionsnedsättning** (Sökande)

Namn		PersonNr
Adress	Våningsplan	Telefon
PostNr/Ort		Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift / Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående
E-postadress sökande		Hjälpmedel <input type="checkbox"/> Elrullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Käpp

**Sökande, kontaktperson** (Om annan än personen ovan.)

Namn, sökande	Adress, sökande	
Namn, kontaktperson	Telefon, kontaktperson	Relation (make, anhörig, god man)

**Huset, bostaden, övrigt**

Hustyp <input type="checkbox"/> Flerbostads- hus <input type="checkbox"/> Små- hus	Upplåtelseform <input type="checkbox"/> Hyres- rätt <input type="checkbox"/> Bostads- rätt <input type="checkbox"/> Ägande- rätt	Botyp <input type="checkbox"/> Ordinärt- boende <input type="checkbox"/> Särskilt- boende	LägenhetsNr	Byggår
Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag i denna bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bidrag i annan bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Inflyttnings-(datum/år) i denna bostad	

**Jag söker bidrag till anpassning av min bostad med följande åtgärder**

OBSERVERA! att om bifogat intyg inte uttryckligen styrker behovet av alla åtgärder kan ansökan behöva kompletteras innan beslut.

(Om utrymmet inte räcker - fortsatt på baksidan eller i särskild bilaga)

--

**Fastighet**

Fastighetsbeteckning	Ägare, adress	
Ägare, namn	Telefon	Ägare, postadress
Ägare, kontaktperson	Telefon	E-postadress

**Fastighetsägarens medgivande** (Undertecknas endast om sökanden inte äger fastigheten)

Hyresgästen/Bostadsrättshavaren får vidtaga de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks och är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick vad avser dessa åtgärder.	
Datum	Underskrift

**Sökandens underskrift**

**Sökt bidragsbelopp**

(Frivillig uppgift)

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

Namnteckning

Kronor