Ystads kommun
SOCIAL OMSORG

Ansökan om bostadsanpassningsbidrag

Datum:_____

Handlingarna skickas till:

Avdelning Hälsa & Sjukvård
Bostadsanpassning
Björnstjernegatan 1B
271 39 YSTAD

Handlingar som skall inlämnas:

- *Ansökningsblankett*
- *Intyg av arbetsterapeut/ läkare/annan sakkunnig*
- *Vid behov: offert/kostnadsberäkning/fullmakt*
- *Vid mer omfattande åtgärder: ritning ,teknisk beskrivning*

Sökande

Namn	**Personnummer**
Adress	**Postnummer/ort**
Telefon	**E-postadress**

Kontaktperson (vid behov)

Namn	Telefon	Relation (make, anhörig, god man)

Bostad

Hustyp (små hus/ flerhusbostad)	**Upplåtelseform (**hyresrätt, bostadsrätt / äganderätt**)**	**Botyp (ordinär bostad/särskilt boende)**	**Byggår**
Hiss (ja/nej inne/ute)	**Tidigare erhållit bostadsanpassning i denna bostad** JA NEJ	**Inflyttningsdatum**	**Erhållit bidrag i annan bostad** JA NEJ

Sökta åtgärder (Om mer textutrymme önskas - fortsätt på baksidan eller särskild bilaga)

Fastighetsägares ställningstagande: MEDGER ☐ MEDGER EJ ☐

Hyresgäst/bostadsrättshavare får godkänt att utföra de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks och är inte skyldig att återställa bostaden i ursprungligt skick vad avser dessa åtgärder.

Ägare, namn	Adress, postadress
Kontaktperson	Telefonnummer
E-postadress	**Fastighetsägarens underskrift**

Sökandens underskrift

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

Namnteckning

Sökt bidragsbelopp

(Vid behov)

Kronor