



Handlingarna skickas till:

Avdelning Hälsa & Sjukvård
Bostadsanpassning
Spaljegatan 10 A
271 52 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	<u>Fastighetsägarens underskrift</u>

Sökandens underskrift

Sökt bidragsbelopp
(Vid behov)

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