



**Handlingar som skall inlämnas till kommunen:**

- 1 ex av ansökan.
- Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att arbetena är nödvändiga med hänsyn till funktionshindret. Vid mer omfattande åtgärder bör intyget kompletteras med s k åtgärdsprogram.
- Kopia av anbud/offert eller kostnadsberäkning.
- Beskrivning av sökta åtgärder (Ritningar / Teknisk beskrivning).

**Handlingarna skickas till:**

Rehabcentrum / BAB  
Lasarettsvägen 15  
461 52 Trollhättan

**Sökande / Kontaktperson**

Sökande, namn	Adress	Pnr/Ort
Tel, sökanden	Kontaktperson, namn	Telefon, kontaktperson

**Funktionsnedsatt**

Namn	PersonNr	Civilstånd	<input type="checkbox"/> Gift / Sambo	<input type="checkbox"/> Ensamstående	
Funktionshinder	Förflyttningshjälpmedel	<input type="checkbox"/> Eldriven rullstol	<input type="checkbox"/> Manuell rullstol	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Käpp

**Fastighet / Ägare**

Beteckning	LägenhetsNr	Byggår	Senast ombyggt, år	
Ägare	Adress, ägare	Pnr/Ort		
Hustyp	Upplåtelseform	Antal rum (R o K)	Extra toalett	
<input type="checkbox"/> Fierbostadshus	<input type="checkbox"/> Småhus	<input type="checkbox"/> Hyresrätt	<input type="checkbox"/> Bostadsrätt	<input type="checkbox"/> Äganderätt
Hiss	Tillgänglighet, kommentar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	

**Ägarens medgivande**

(ifylls endast om sökanden inte äger fastigheten)

Hyresgästen/Bostadsrättsinnehavaren får vidtaga de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks och är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick vad avser dessa åtgärder. (Under vissa villkor kan ägaren få återställningsbidrag). Hyran/avgiften kommer inte att höjas med anledning av de vidtagna åtgärderna.

Datum	Underskrift
-------	-------------

**Sökta åtgärder**

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


**Tidigare bidrag / Nya ansökan**

Har tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag i denna bostad	I annan bostad	Om annan bostad, adress
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Denna ansökan gäller en	Ansökan gäller	Inflyttningsdatum
<input type="checkbox"/> Vanlig lägenhet	<input type="checkbox"/> Min gamla lägenhet	<input type="checkbox"/> Lägenhet som jag SKALL flytta till eller NYLIGEN HAR flyttat till

**Sökt bidragsbelopp:**

Kronor
--------

**Sökandens underskrift**

Namn/teckning
---------------

Personuppgifterna som du lämnar på denna blankett kommer att bli föremål för behandling hos kommunen enligt Personuppgiftslagen och kommer att användas för handläggning av ditt ärende. Då uppgifterna ingår i handling hos myndighet som är allmän kan uppgifterna komma att lämnas ut till allmänheten i de fall uppgifterna inte omfattas av Sekretesslagens regler. Om du vill ha ytterligare upplysningar om hur dina personuppgifter används eller om du vill begära rättelse av uppgifterna ombedes du att kontakta kommunen, avdelningen för bostadsanpassning, tel 0520-497936