



## Ansökan om bostadsanpassningsbidrag

Bifoga intyg av arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut eller läkare om att de sökta åtgärderna är nödvändiga med hänsyn till funktionsnedsättningen.

### Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
Telefonnummer	E-postadress
Civiltillstånd <input type="checkbox"/> Gift/sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Om behov av tolk, vilket språk
Funktionsnedsättning	
Förflyttningshjälpmedel <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator	

### Fastighet

<input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus	Inflyttsdatum	Byggnadsår
Antal rum:	Samt: <input type="checkbox"/> Kök <input type="checkbox"/> Kokvrå <input type="checkbox"/> Badrum <input type="checkbox"/> Extra toalett	
Bostaden innehas: <input type="checkbox"/> med äganderätt <input type="checkbox"/> med bostadsrätt <input type="checkbox"/> med hyresrätt <input type="checkbox"/> i andra hand		
Fastighetsägare (om annan än sökande)		
Postadress	Postnummer och ort	
E-postadress	Telefon	

**Bostadsanpassningsåtgärder du söker bidrag för**  
(räcker inte utrymmet så fortsatt på separat blad)

--



### Kontaktperson

(om sådan finns)

Namn	Telefonnummer
------	---------------

### Samtycke

Jag samtycker till att handläggare för bostadsanpassningsbidrag med anledning av frågor eller behov av kompletterande information får ta kontakt med arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut eller läkare som skrivit intyget som bifogas ansökan.

Ja  Nej

### Fastighetsägarens medgivande

(fylls i om personen som söker bidrag inte äger fastigheten)

*Hyresgästen/bostadsinnehavaren är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick. Hyran/avgiften kommer inte höjas med anledning av anpassningarna*

Datum	Underskrift med namnförtydligande
-------	-----------------------------------

### Bostadsinnehavarens medgivande

(fylls i om personen som söker bidrag inte är ensam innehavare av fastigheten/bostaden eller någon/några andra äger fastigheten exempelvis vårdnadshavare)

Namn	
Telefonnummer	E-postadress
Underskrift	Datum
Namn	
Telefonnummer	E-postadress
Underskrift	Datum

### Underskrift

Namnsteckning	Datum
---------------	-------

### Ansökan skickas till:

Kommunrehab  
Box 307  
682 27 Filipstad

### Information om hur vi hanterar dina personuppgifter

De personuppgifter du lämnar oss behöver vi för att handlägga din ansökan om bostadsanpassningsbidrag. Vi hanterar dina uppgifter med stöd av gällande dataskyddslagstiftning och den lagliga grunden myndighetsutövning. Det är Socialnämnden som är personuppgiftsansvarig för uppgifterna. Vi har kvar dina uppgifter den tid som behövs för att vi ska kunna uppfylla våra skyldigheter. Mer information om hur vi hanterar dina uppgifter, vilka rättigheter du har och hur du kontaktar oss finns på vår webbplats [www.filipstad.se/dataskydd](http://www.filipstad.se/dataskydd).



**Så här fyller du i ansökningsblanketten:**

Det är viktigt att du är så noggrann som möjligt då du fyller i ansökan. Du riskerar annars att få den i retur för komplettering, vilket fördröjer handläggningen.

**Skriv gärna ut blanketten dubbelsidigt.**

**Personuppgifter:**

Det är alltid personen med funktionsnedsättning som ansöker om bostadsanpassningsbidrag och undertecknar ansökan. Personer under 18 år företräds av vårdnadshavare men står själva som sökande.

**Fastighet:**

Här fyller du i uppgifter om den bostad som anpassningen ska utföras i.

**Bostadsanpassningsåtgärder du söker bidrag för:**

Ange alltid vilka åtgärder du vill söka bidrag för på blanketten eller i en bilaga. Behovet av sökta åtgärder ska styrkas i intyg från arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut eller läkare.

**Kontaktperson:**

Kontaktperson är obligatoriskt om inte den sökande kan föra sin egen talan i ärendet. En kontaktperson kan ha olika roller vid en ansökan:

*Biträde* – hjälper sökande i kontakterna med handläggaren men har inte fullmakt att vidta rättshandlingar för den sökande.

*Ombud* – är en person som har fullmakt att vidta rättshandlingar för den sökande. Fullmakt ska då bifogas ansökan.

*God man/förvaltare* – företräder sökande i kontakterna med handläggaren och för sökandes talan. Förordnandet ska då bifogas ansökan.

**Samtycke:**

Här fyller du i om du vill lämna samtycke till att handläggaren för bostadsanpassningsbidrag får kontakta den arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut eller läkare, som skrivit intyget som bifogats ansökan.

**Fastighetsägarens medgivande:**

För att beslut ska kunna fattas måste du ha fastighetsägarens medgivande för sökta åtgärder. Vid flera fastighetsägare ska samtliga ge sitt medgivande.

**Bostadsinnehavarens medgivande:**

Bostadsinnehavare är alla som står på kontraktet eller har ett avtal med nyttjanderätt för den bostad som ska anpassas. För att anpassning ska kunna utföras i bostaden måste alla bostadsinnehavare underteckna medgivandet.

**Underskrift:**

Ansökan ska alltid undertecknas av sökande eller person med fullmakt att företräda sökande. Om sökande är under 18 år undertecknas ansökan av vårdnadshavare.