



**EKERÖ
KOMMUN**

Stadsarkitektkontoret
Box 205, 178 23 Ekerö
tel 08-12457100

Ansökan om bostadsanpassningsbidrag

Datum _____

Fastighetsbeteckning	Fastighetens adress
Sökandens namn	Personnummer eller ålder
Adress	Tel dagtid (även riktnr)
Postnummer och postadress	Tel bostaden (även riktnr)
Sökandens kontaktperson, namn och telefon	Antal personer i hushållet Vuxna _____ Under 18 _____
E-post sökande	

FASTIGHET

<input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus Lägenhetsnr _____ Byggnadsår _____ Senaste ombyggnad år _____
<input type="checkbox"/> kök <input type="checkbox"/> kokvrå <input type="checkbox"/> kokskåp <input type="checkbox"/> badrum <input type="checkbox"/> duschrum <input type="checkbox"/> extra toalett Antal rum _____
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 sökanden) _____ Telefon (även riktnummer) _____
Utdelningsadress (gata, box etc) _____ Postnummer och postadress _____

FUNKTIONSHINDER

<input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator/Deltastöd <input type="checkbox"/> Käpp <input type="checkbox"/> Anpassad bil
--

BIDRAG

Har du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag i denna bostad i annan bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om annan bostad: adress _____

ANPASSINGSÅTGÄRDER I FASTIGHETEN

Bidrag som söks för följande anordningar och åtgärder inom bostaden:

Kök
Badrum
Övrigt
Utanför bostaden

SÖKANDENS UNDERSKRIFT

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifter och faktiska förhållanden i denna ansökan och bifogade handlingar är sanningsenliga.	
Datum	Underskrift och namnförtydligande
_____	_____
_____	_____

Information om behandling av personuppgifter

De personuppgifter du lämnar kommer att registreras i vårt ärendehanteringssystem. Registreringen av personuppgifter görs för att på ett säkert och snabbt sätt kunna hantera ditt ärende. Vi kommer att hantera dina personuppgifter i enlighet med personuppgiftslagen, PUL (1998:204).

Följande handlingar erfordras normalt:

- * 1 ex av ansökan
- * Intyg från t ex arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig att åtgärderna är nödvändiga med hänsyn till funktionshindret.
- * Vid mer omfattande åtgärder bör intyget kompletteras med sk åtgärdsprogram
- * Kopia av anbudsoffert eller kostnadsberäkning.
- * Vid omfattande inredningsarbeten, plan- och uppställningsritningar.
- * Vid ändrad planlösning, ritning över bostaden före respektive efter ändringen.

FASTIGHETSÄGARENS MEDGIVANDE (ifylls endast om sökanden inte äger fastigheten)

Hyresgästen/bostadsrättshavaren får vidtaga de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks. Hyresgästen/bostadsrättshavaren är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick.

**Kontakta fastighetsskötare _____ Tel _____
beträffande bortmonterande**

Datum	Underskrift

Bilaga 1 till ansökan om
bostadsanpassningsbidrag

BETALNINGSUPPDRAG

Om bostadsanpassningsbidrag helt eller till viss del beviljas enligt min ansökan, ger jag härmed Stadsarkitektkontoret i Ekerö kommun i uppdrag att med bidraget betala de firmor som anlitas för att utföra bostadsanpassning i min bostad.

Ja

Nej

Jag vill att Ekerö kommun kontaktar berörda entreprenörer för igångsättning av arbetet.

Ja

Nej

Ort/datum

Namn

Underskrift



UTLÅTANDE FRÅN LÄKARE ELLER TERAPEUT

Ort/datum

Namn

Underskrift