



Personuppgifter

Sökandens namn		Personnummer
Utdelningsadress		Telefon arbetet (även rikt nr)
Postnummer och ortsnamn		Telefon bostad (även rikt nr)
Den funktionshindrades namn (om annan än sökanden)		Personnummer
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Antal personer i hushållet Vuxna:	Under 18 år:

Fastighet

Fastighetsbeteckning	<input type="checkbox"/> Småhus	<input type="checkbox"/> Flerbostadshus
Antal rum samt <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		
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 rikt nr)	
Utdelningsadress (gata, box etc)	Postnummer och ort	

Bidrag

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

- Sökanden uppdrar till Vaggeryds kommun att beställa arbetet
 Sökanden önskar att själv få beställa arbetet

- Sökanden uppdrar till Vaggeryds kommun att betala fakturan direkt till hantverkaren efter slutfört arbete.
 Sökanden önskar få bidraget utbetalt till sig, för att själv betala fakturan.

Bankkonto och bank som bidraget ska sättas in på:

Funktionshinder

Funktionshinder	
Förflyttningshjälpmedel <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator/Deltastöd <input type="checkbox"/> Käpp	
<input type="checkbox"/> Kontaktperson <input type="checkbox"/> God man Ifylls i förekommande fall	
Namn	Telefon, även riktnr.

Bidrag söks för följande åtgärder:

1.
2.
3.
4.
5.

Till ansökan ska bifogas:

- Intyg från arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig
- Offert på kostnad för den sökta åtgärden

Fastighetsägarens medgivande - Ifylls endast om sökanden inte äger fastigheten

<p>Hyresgästen/Bostadsrättsinnehavaren får vidta de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks.</p> <p>Hyresgästen/Bostadsrättsinnehavaren är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick. Fastighetsägaren har möjlighet att ansöka om återställningsbidrag.</p> <p>Jag är medveten om att hyran/avgiften inte får höjas p.g.a. de åtgärder som vidtas.</p>
--

Kommentar från fastighetsägaren

Datum	Fastighetsägarens underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------------------------	-------------------

Sökandes underskrift

Datum	Namnteckning
-------	--------------

Personuppgift, Informationen du lämnar i denna ansökan kommer att lagras och bearbetas i dataregister av Vaggeryds kommun i enlighet med Dataskyddsförordningen (GDPR).

För frågor eller information om databehandlingen, kontakta Vaggeryds kommun, Box 43, 568 21 Skillingaryd, tel. 0370/ 67 80 00.

Tolk

Jag önskar tillgång till tolkfunktion

Blanketten skickas till:

Vaggeryds kommun, Socialförvaltningen, Box 43, 568 21 Skillingaryd