

**Handlingarna ska skickas till:**Örnsköldsviks kommun, Vårdförvaltningen
Bostadsanpassning, Nygatan 16 vån 3
891 88 Örnsköldsvik**Vid frågor kontakta handläggare**

Telefon 0660 – 88 750

1. Personuppgifter

Sökandes namn:	Personnummer:
Utdelningsadress (gata, box etc):	Telefon bostad (även riktnummer):
Postnummer och postort:	Telefon arbetet (även riktnummer):
E-postadress	Mobiltelefon
Förnamn och efternamn på personen med funktionsnedsättningen (om annan än sökande)	Personnummer
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Antal personer i hushållet: Vuxna: Under 18 år:

2. Nuvarande adress - om annan än den där bidrag söks

Adress	Postnummer och ort
--------	--------------------

3. Kontaktperson - om annan än sökande

Namn (förnamn, efternamn)	Telefon (även riktnummer)
E-postadress	

4. Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättning
Förflyttningshjälpmedel <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Käpp

5. Fastighet

Beteckning:	Lägenhets nr:	Byggår:	Senast ombyggt, år:
Fastighetsägare (om annan än sökande)		Telefon nr:	
Hustyp <input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Småhus	Upplåtelseform <input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Äganderätt		
Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Antal rum (R o K)	Extra toalett <input type="checkbox"/> Ja	
Tillgänglighet, kommentar:			

VÄND



6. Tidigare bidrag/Ny ansökan

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

7. Sökta åtgärder – beskriv vilka åtgärder i bostaden du ansöker om

8. Fyll i uppgifter om bank, kontoinnehavare och fullständigt kontonummer när ni ska ansöka om service, reparation eller besiktning av er hiss

Bank	Kontoinnehavare	Clearnr + kontonr
------	-----------------	-------------------

9. Fastighetsägarens medgivande – ifylls av fastighetsägaren

Hyresgästen/bostadsrättsinnehavaren får utföra de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks. Den genom anpassning uppnådda funktionen bibehålls så länge personen med bestående funktionsnedsättning bor kvar. Hyresgästen/bostadsrättsinnehavaren är inte skyldig att återställa utförd bostadsanpassning. Under vissa förutsättningar kan återställningsbidrag lämnas till ägare av hyreshus och bostadsrättshus. Återställningsbidraget regleras i lagen (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m.

Namn	Datum
Adress	E-post
	Titel/funktion
Telefon	Underskrift

10. Sökandes medgivande och underskrift

Datum	Namnsteckning	God man/Förvaltare
		Telefon dagtid

Handlingar som skall inlämnas till kommunen:

- 1 ex av ansökan
- Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att åtgärderna är nödvändiga med hänsyn till funktionshindret. Vid mer omfattande åtgärder bör intyget kompletteras med åtgärdsprogram.

Handlingar som kommunen kan vara behjälplig att ta fram:

- Kopia av anbud/offert eller kostnadsberäkning.
- Beskrivning av sökta åtgärder (ritningar/teknisk beskrivning)



Så här fyller du i ansökningsblanketten

Fyll i alla uppgifter i ansökningsblanketten. Är blanketten ofullständigt ifylld kan den komma att skickas tillbaka för komplettering.

1. Personuppgifter

Sökandens namn: Du som är kontraktssinnehavare eller äger bostaden som ska anpassas kan söka bidraget. Du kan själv ha en funktionsnedsättning eller söka bidraget för någon annan i hushållet som har en funktionsnedsättning.

Adress: Ange den adress där bostadsanpassningen ska utföras.

Namn på personen med funktionsnedsättningen: Om annan än sökanden.

2. Nuvarande adress

Fyll i om du ännu inte har flyttat in i bostaden som ska anpassas.

3. Kontaktperson

Fyll i om du vill att någon annan person ska företräda dig under handläggningen och vara den som vi kontaktar i första hand.

4. Funktionsnedsättning

Ange den/de funktionsnedsättningar som gör att bostaden behöver anpassas.

5. Fastighet

Inflyttning: Ange år för inflyttning. Om du ännu inte har flyttat in i bostaden ange datum för inflyttning.

Fastighetsägare: Fyll i namn, adress, telefonnummer och e-postadress till fastighetsägare/förvaltningsbolag.

6. Tidigare bidrag/Ny ansökan

Ange om du tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag i denna eller annan bostad.

7. Sökta åtgärder

Ange de åtgärder du söker bidrag för eller beskriv de problem som gör att du behöver bostadsanpassning. Gäller ansökan montering av stödhandtag, ska antal, längd och placering anges på ansökningsblanketten.

Gäller ansökan tröskelborttagning, ska antal trösklar och mellan vilka rum de sitter anges på ansökningsblanketten.

8. Kontonummer, när ni ansöker om service, reparation eller besiktning av er hiss fyller ni i bank, kontoinnehavare, clearing- och kontonummer.

9. Fastighetsägarens medgivande

Fylls i av fastighetsägaren. I de fall det handlar om ett samägt småhus ska samtliga ägare skriva under medgivandet.

10. Underskrift

Ansökan måste undertecknas av den som söker bidrag eller av god man eller förvaltare.