



ÖREBRO

# ANSÖKAN om bostadsanpassningsbidrag

Datum

## Handlingar som skall inlämnas till kommunen:

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

## Handlingarna skickas till:

Myndighetskansliet  
Bostadsanpassning  
Box 34670  
701 35 Örebro

Diarienummer

## Sökande / Kontaktperson

Sökande, namn	Adress	Postnummer/Ort
Tel, sökande	Kontaktperson, namn	Telefon, kontaktperson

## Den funktionsnedsatta

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

## Fastighet / Ägare

Beteckning	Lägenhetsnummer	Byggår	Senast ombyggt, år
Ägare	Adress, ägare		Postnummer/Ort
Hustyp <input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Småhus	Upplåtelseform <input type="checkbox"/> Hyresätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Äganderätt		Antal rum (RoK) <input type="checkbox"/> Extra toalett <input type="checkbox"/> Ja
Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Tillgänglighet, kommentar		

## Fastighetsägarens medgivande (ifylls endast om sökanden inte äger fastigheten)

Hyresgästen/Bostadsrättsinnehavaren får utföra de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks. Medgivandet är mellan fastighetsägaren och dennes hyresgäst. Därför bör fastighetsägarens synpunkter på ansökan alltid kommuniceras direkt till hyresgästen. De ska även bifogas med ansökan.

Godkänner <input type="checkbox"/>	Godkänner ej <input type="checkbox"/>	Datum	Underskrift / namnförtydligan	Telefon nr:
------------------------------------	---------------------------------------	-------	-------------------------------	-------------

## Sökta åtgärder (Om utrymmet inte räcker, fortsatt på baksidan eller särskild bilaga)

## Tidigare bidrag / Ny ansökan

Har tidigare erhållit 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
Denna ansökan gäller en <input type="checkbox"/> Vanlig lägenhet <input type="checkbox"/> Lägenhet i SPECIALBOENDE (gruppboende, servicehus etc)	Ansökan gäller Min nuvarande bostad <input type="checkbox"/> Min nya bostad <input type="checkbox"/>	Inflyttningsdatum

## Samtycke/medgivande.

Jag samtycker till att handläggare för bostadsanpassningsbidrag med anledning av frågor eller behov av kompletterande information får ta kontakt med läkare, arbetsterapeut eller annan sakkunnig som skrivit intyg som bifogats ansökan.

Ja  Nej

## Sökandens underskrift till kommunen

Underskrift / namnförtydligan

## Information om personuppgiftslagen (PuL)

Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med Personuppgiftslagen. Du godkänner att din information får lagras och bearbetas i register. Du har rätt att beqära utdrag och rättelser.



ÖREBRO

## Anvisningar och förklaringar

Det är viktigt att alla uppgifter är ifyllda och att du bifogat de intyg som krävs för att vi ska kunna handlägga ansökan.

### Handlingar som ska bifogas ansökan

- Ett exemplar av ansökningsblanketten fullständigt ifyllt.
- Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att arbetena är nödvändiga med hänsyn till funktionsnedsättningen. Vid mer omfattande åtgärder bör intyget kompletteras med ett åtgärdsprogram.
- Kopia av anbud, offert eller kostnadsberäkning för åtgärderna.
- Beskrivning av sökta åtgärder, ritningar, teknisk beskrivning.

### Sökande/kontaktperson

Sökande kan vara en person med funktionsnedsättning eller en annan hushållsmedlem. Vårdnadshavare till barn med funktionsnedsättning ska alltid stå som sökande.

Kontaktperson fylls i om annan person än sökande själv ska kontaktas under handläggningen. Kontaktperson är obligatoriskt om inte den sökande kan föra sin egen talan i ärendet.

### Den funktionsnedsatta

Här fyller du i namn, personnummer, civilstånd samt vilken eller vilka funktionsnedsättningar och eventuella förflyttningsmedel du eller den du ansöker för har. En funktionsnedsättning är en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga.

### Fastighet/ägare

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

### Fastighetsägarens medgivande

Medgivandet är mellan fastighetsägaren och dennes hyresgäst. Därför bör fastighetsägarens synpunkter på ansökan alltid kommuniceras direkt till hyresgästen. De ska även bifogas med ansökan.

### Sökta åtgärder

Ange alltid vilka åtgärder du vill söka bidrag för på blanketten eller i en bilaga. Om anpassningsåtgärder inte har angivits återsänds ansökan för komplettering. Behovet av ansökta åtgärder ska styrkas i intyg från en arbetsterapeut, en läkare eller någon annan sakkunnig.

### Tidigare bidrag/ny ansökan

Här fyller du i om du fått bostadsanpassningsbidrag tidigare. Gäller ansökan anpassning i vanligt boende eller har man ett specialboende, t.ex. i ett gruppboende, servicehus eller liknande. Fyll alltid i inflyttningsdatum för bostaden som ansökan gäller för.

### Samtycke/medgivande.

Här fyller du i om du vill lämna samtycke till att handläggare för bostadsanpassningsbidrag får kontakta er arbetsterapeut, läkare eller någon annan sakkunnig.

### Sökandens underskrift

Ansökan ska alltid skrivas under.