Haparanda stad

Ansökan om bostadsanpassningsbidrag
(gäller även reparation, underhåll och besiktning)
Datum

Handlingarna skickas till:
Haparanda Stad
S-953 85
Haparanda

Handlingar som förutom denna blankett skall lämnas till kommunen:
- Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att arbetena är nödvändiga med hänsyn till funktionsnedsättningen. (Gäller ej om ansökan avser reparation, underhåll och besiktning)
- Medgivande från samtliga ägare och, i förekommande fall, nyttjanderättshavare att anpassningsåtgärderna får vidtas. (Gäller ej om ansökan avser reparation, underhåll och besiktning)

Person med funktionsnedsättning *

Personnummer	Namn
Civilstånd ☐ Gift/Sambo ☐ Ensamstående	Behov av tolk ☐ Ja ☐ Nej Vilket språk

Sökande/Ställföreträdare *

Namn	Telefon	C/O - Namn
Adress	Postnummer	Ort
E-postadress		

Kontaktperson

Namn	Telefon	Relation
Adress	Postnummer	Ort
E-postadress	Fullmakt för kontaktpersonen att företräda den funktionsnedsatte finns ☐ Ja ☐ Nej	

Huset, bostaden, övrigt

Bostaden ligger i ☐ Flerbostadshus ☐ Småhus	Bostaden innehas med ☐ Hyresrätt ☐ Bostadsrätt ☐ Äganderätt		Bor på våning
Hiss ☐ Ja ☐ Nej	Tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag i denna bostad ☐ Ja ☐ Nej	Bidrag i annan bostad ☐ Ja ☐ Nej	Inflytt.datum/år i denna bostad*
Fastighetsbeteckning	Ägare, namn		Ägare, telefon

Jag söker bidrag till anpassning av min bostad med följande åtgärder *

OBSERVERA! Att om bifogat intyg inte uttryckligen styrker behovet av alla åtgärder kan ansökan behöva kompletteras innan beslut.

(Om utrymmet inte räcker – fortsätt på baksidan eller i särskild bilaga)

Problemet i min bostad / Motivet till min ansökan

(Om utrymmet inte räcker – fortsätt på baksidan eller i särskild bilaga)

Sökandes/Ställföreträdares underskrift

Namn*	Sökt bidragsbelopp

Medgivande till registrering - underskrifter*

Jag medger att mina personuppgifter som lämnats i denna ansökan och eventuella bilagor registreras i kommunens system för bostadsanpassningsbidrag. Jag är medveten om att jag när som helst kan begära att få se ett utdrag på de uppgifter som finns beträffande mig, få felaktigheter i dessa rättade samt få uppgifterna borttagna.

.....	.....	.....
Funktionsnedsatt/Sökande	Sökande/Ställföreträdare	Kontaktperson

(*) Obligatorisk uppgift