



SÄFFLE KOMMUN

ANSÖKAN om bostadsanpassningsbidrag

Datum

Handlingarna sänds till:
Säffle kommun
Miljö- och byggförvaltningen
661 80 SÄFFLE

1. Fastighetsbeteckning	Bankgiro/bankkonto (Clearingnr. och konto)
-------------------------	--

Person med funktionsnedsättning (sökanden)

2. Namn	Personnummer
Utdelningsadress (gata, box etc)	Telefon (även riktnr): arbetet
Postnummer och postort	Telefon (även riktnr): bostaden
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Antal personer i hushållet: vuxna under 18 år

Funktionshinder

3. Funktionsnedsättning	Förflyttningshjälpmedel <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator/Deltastöd <input type="checkbox"/> Käpp
-------------------------	---

Bidrag

4. 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

Uppgifter om fastigheten

5. <input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus	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 riktnr)
Utdelningsadress (gata, box etc)	Postnummer och postort
Fastighetsägarens medgivande ifylls endast om sökanden inte äger fastigheten	
Hyresgästen/Bostadsrättsinnehavaren får vidtaga de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag sökt. Hyresgästen/Bostadsrättsinnehavaren är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick. Jag är medveten om att hyran/avgiften inte får höjas p.g.a. de åtgärder som vidtages.	
Datum och underskrift (fastighetsägaren)	

Sökta åtgärder

Om utrymmet inte räcker fortsätt på baksidan eller särskilt blad

6. Om du söker flera åtgärder placera dem under rubriker: badrum, kök, övrigt, utanför bostaden etc

Kontaktperson

ifylls i förekommande fall

7. Namn	Telefon (även riktnr)
---------	-----------------------

Samtycke/medgivande

8. 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. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--

Sökandens underskrift

9. Namnteckning

Handlingar som skall inlämnas till kommunen

- 1 ex av **ansökan**
- **Intyg** av **arbetsterapeut**, läkare eller annan sakkunnig om att arbetena är nödvändiga med hänsyn till funktionshindret.
- Kopia av **anbud/offert** eller kostnadsberäkning.
- Beskrivning av sökta åtgärder (ritning/teknisk beskrivning).

Dina personuppgifter kommer att behandlas för att handlägga din ansökan om Bostadsanpassningsbidrag. Personuppgifterna kommer att bevaras med stöd av arkivlagen (1991:782) och miljö- och byggnadsnämndens dokumenthanteringsplan. Uppgifterna behandlas i enlighet med Dataskyddsförordningen och kompletterande integritetslagstiftning. Information om dina rättigheter finner du på kommunens hemsida www.saffle.se.



SÄFFLE KOMMUN

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.

1. Fastighetsbeteckning

Här fyller du i fastighetsbeteckningen på bostaden där bostadsanpassningsbidraget söks för.

Bankgiro/bankkonto

Här anges kontonummer för den sökande. För att bidrag ska kunna betalas ut **måste** ett bankgiro eller bankkonto anges.

2. Person med funktionsnedsättning (sökande)

Sökande ska vara en person med funktionsnedsättning.

Här fyller du i namn, personnummer, utdelningsadress, telefonnummer, civilstånd samt antalet personer i hushållet.

3. Funktionshinder

Här anger du vilken eller vilka funktionsnedsättningar och eventuella hjälpmedel du eller den du ansöker för har. En funktionsnedsättning är en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga.

4. Bidrag

Här fyller du i om du fått bostadsanpassningsbidrag tidigare i den sökta bostaden eller i annan bostad.

5. Uppgifter om fastigheten

Här fyller du i uppgifter om fastigheten och om fastigheten ägs av annan part ska medgivande ges av fastighetsägaren.

6. 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.

7. Kontaktperson

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.

8. 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.

9. Sökandens underskrift

Ansökan ska **alltid** skrivas under.

Handlingar som skall inlämnas till kommunen

- 1 ex av **ansökan** för information om den sökande för att hantera ärendet
- **Intyg** som styrker behovet av bostadsanpassning, för att handläggaren
- Kopia av **anbud/offert** eller kostnadsberäkning för att redovisa hur mycket bidraget bör ligga på.
- Beskrivning av sökta åtgärder (ritning/teknisk beskrivning)