

sänds till **Askersunds kommun**
Box 28, 696 21 Askersund

Personuppgifter

Sökandens namn	Personnummer
Utdelningsadress (gata, box etc)	Telefon arbetet (även riktnr) Mobil Nr
Postnummer och postort	Telefon bostaden (även riktnummer) Mobil Nr
Den funktionshinderades namn (om annan än sökanden) Personnummer	e-post adress
Civilstånd Gift /sambo Ensamstående	Antal personer i hushållet: Vuxna Barn

Bostaden

Småhus Flerbostadshus	Byggnadsår	Senaste ombyggnad, år
Antal rum	Kök Kokvrå	Kokskåp Badrum Duschrum
Bostaden innehas med Äganderätt Bostadsrätt Hyresrätt	I andra hand	
Inflyttningsdag /år	Fastighetsägare, namn adress o telefon	

Bidrag

Har Du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag; i denna bostad	i annan bostad
Ja Nej	Ja Nej
Om annan bostad; adress	

Funktionshinder

Funktionshindret
Förflyttningshjälpmedel Eldriven rullstol Manuell rullstol Rollator/deltastöd Käpp

Ansökan avser anpassning av bostaden enligt följande: (Får Du inte plats här – fortsätt gärna på baksidan.)

Fastighetsägarens medgivande:

Hyresgästen/bostadsrättshavaren får vidtaga de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks. Hyresgästen/bostadsrättshavaren är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick.

..... den . / Underskrift.....Namnförtydl.
tel.nr,e-post adress

Kontaktperson/er (i förekommande fall)

Namn	Telefon (även riktnr)	Mobil Nr	E-post adress
------	-----------------------	----------	---------------

Sökandens underskrift

Namnsteckning

Information: En förutsättning för att kunna hantera Din ansökan är att Dina personuppgifter registreras. De registrerade uppgifterna används för diarium, handläggning av ärendet samt för arkivering. (Personuppgiftslagen 16, c §)

