



MÖNSTERÅS KOMMUN, Tekniska förvaltningen  
Box 54, 383 22 MÖNSTERÅS  
0499-171 59, planobygg@monsteras.se

## ANSÖKAN OM BOSTADSANPASSNINGSBIDRAG

Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med personuppgiftslagen (PUL). Du medger att informationen du lämnar får lagras och bearbetas i register av förvaltning/nämnd. Du har rätt att begära utdrag och rättelser.

Datum \_\_\_\_\_

### Personuppgifter

Sökandes namn		Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort	
Fastighetsbeteckning	Telefonnummer bostad	Telefonnummer arbete	
Namn på person med funktionsnedsättning (om annan än sökanden)			Personnummer
Civilstånd	<input type="checkbox"/> Gift/sambo	<input type="checkbox"/> Ensamstående	Antal personer i hushållet
			Under 18 år

### Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättningens art									
Förflyttningshjälpmedel	<input type="checkbox"/>	Eldriven rullstol	<input type="checkbox"/>	Manuell rullstol	<input type="checkbox"/>	Rollator/betastöd	<input type="checkbox"/>	Käpp	<input type="checkbox"/>

### Fastighet

<input type="checkbox"/> Småhus	<input type="checkbox"/> Flerbostadshus	Lägenhetsnummer	Inflyttningsår	
Antal rum	<input type="checkbox"/> Kök/kokvrå	<input type="checkbox"/> Badrum	<input type="checkbox"/> Duschrum	<input type="checkbox"/> Extra toalett
	<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)				
Utdelningsadress (om annan än sökanden)		Postnummer	Ort	

### Bidrag

Har du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag i denna bostad	<input type="checkbox"/> Ja, ange år	<input type="checkbox"/> Nej
Har du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag i annan bostad	<input type="checkbox"/> Ja, ange år	<input type="checkbox"/> Nej
Adress till annan bostad	Postnummer	Ort

### Kontaktperson Ifylles i förekommande fall

Namn	Telefonnummer
------	---------------

### Behjälplig vid ansökan Ifylles i förekommande fall

Namn	Telefonnummer
------	---------------

**Anpassningsåtgärder** Bidrag söks för följande åtgärder (ska alltid fyllas i)

Kök
Badrum
Övrigt
Utanför lägenheten

**Bilagor till ansökan**

<input type="checkbox"/> Egen offert för anpassningsåtgärder	<input type="checkbox"/> Intyg som styrker funktionsnedsättning
<input type="checkbox"/> Övrigt:	

**Fastighetsägarens medgivande** Om annan än den sökande

Hyresgästen/bostadsrättsinnehavaren får vidta de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks.

Hyresgästen/bostadsrättsinnehavaren är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick.

<b>Underskrift</b>	<b>Datum</b>	<b>Plats för stämpel</b>
	<b>Ort</b>	
<b>Namnförtydligande</b>	<b>Funktion</b>	

**Underskrift**

<b>Underskrift</b>	<b>Datum</b>
	<b>Ort</b>
<b>Namnförtydligande</b>	<input type="checkbox"/> God man/förvaltare