



Handlingarna skickas till:

Gällivare kommun
982 81
GÄLLIVARE

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 <input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Huset, bostaden, övrigt

Bostaden ligger i <input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Småhus		Bostaden innehas med <input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Äganderätt		Bor på våning
Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag i denna bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bidrag i annan bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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