



Handlingarna skickas till:

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.

Person med funktionsnedsättning/Sökanden

Namn	Personnummer	Telefon
Adress	Postnummer	Ort
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vilket språk

Kontaktperson

Namn	Telefon	E-postadress
Adress	Postnummer	Ort
Relation	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	Fastighetsbeteckning
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*
Ägare, namn	Ägare, adress	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)

--

Sökandes underskrift

Namn	Sökt bidragsbelopp
------	--------------------

Kristianstads kommun behandlar dina personuppgifter på ett tryggt och säkert sätt enligt dataskyddsförordningen. Läs mer om dina rättigheter och hur vi arbetar med personuppgifter. www.kristianstad.se/personuppgifter