



Handlingar som skall inlämnas till kommunen

- 1 ex. av ansökan
- intyg från arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig

Sänds till
NYBRO KOMMUN
Samhällsbyggnad
382 80 NYBRO

Fastighetsbeteckning	Lägenhetsnummer	Våningsplan
----------------------	-----------------	-------------

Personuppgifter

Sökandens namn		Personnummer
Utdelningsadress (gata, box etc.)		Telefon arbetet (även riktnr)
Postnummer och postort		Telefon bostad (även riktnr)
Den funktionshindrades namn (om annan än sökanden)		Personnummer
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Antal personer i hushållet: vuxna	under 18 år
Funktionshinder		
Sökta åtgärder		
Förflyttningshjälpmedel <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator/Deltastöd <input type="checkbox"/> Käpp		

Fastighet

<input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus	Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Byggnadsår	Senaste ombyggnad år
Antal rum samt <input type="checkbox"/> kök <input type="checkbox"/> kokvrå <input type="checkbox"/> kokskåp <input type="checkbox"/> badrum <input type="checkbox"/> extra toalett			
Bostaden innehas med <input type="checkbox"/> äganderätt <input type="checkbox"/> bostadsrätt <input type="checkbox"/> hyresrätt <input type="checkbox"/> i andra hand			Inflyttningsdatum
Fastighetsägare	Utdelningsadress (gata, box etc.)		
Postnummer och postort	Telefon (även riktnr.)		
Har du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag i denna bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	i annan bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om annan bostad: adress	

Sökandens underskrift

Namnteckning	
Kontaktperson	Telefon (även riktnr.)



Fastighetsägarens medgivande (ifylls endast om sökanden inte äger fastigheten)

Hyresgästen/Bostadsrättshavaren får vidta de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks och är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick, vad gäller dessa åtgärder. Jag är medveten om att hyran/avgiften inte får höjas på de åtgärder som vidtas.

Datum	Underskrift
-------	-------------

Information om bostadsanpassningsbidrag

Allmänt

Bidrag kan lämnas till åtgärder för anpassning av bostadens fasta funktioner och i anslutning till den bostad som ska anpassas. Bidraget ska användas till sådant som underlättar den funktionshindrades dagliga liv i hemmet – förflytta sig i bostaden, sova och vila, sköta hygien, laga mat och äta samt ta sig in och ut ur bostaden. Bidrag lämnas endast om åtgärderna är nödvändiga för att bostaden ska vara ändamålsenlig som bostad för den funktionshindrade. Bidrag lämnas till enskild person vare sig man äger bostaden eller innehar den med hyres- eller bostadsrätt.

Kommunen har ansökningsblanketter och tar emot ansökan. Har du några frågor angående ansökan kontaktar du handläggaren på samhällsbyggnad, telefon 0481-45380.

Till ansökan ska bifogas ett intyg från arbetsterapeut, läkare, distriktssköterska eller någon annan sakkunnig. Har du några frågor angående det intyg du har fått kontaktar du intygsskrivaren.



NYBRO KOMMUN

Miljö- och byggnämnden

FULLMAKT

Om ni behöver hjälp

Kommunen kan hjälpa sökanden att ta in offert från lämpliga entreprenörer, beställa arbetet och även betala fakturan till berörd entreprenör. För detta krävs att sökanden lämnar en fullmakt till kommunen.

Önskar ni hjälp ska nedanstående fullmakt fyllas i och bifogas tillsammans med ansökan.

Fullmakt

Undertecknad ger härmed handläggaren på Samhällsbyggnad i uppdrag att för min räkning beställa och anta offerter avseende de åtgärder som jag söker bostadsanpassningsbidrag för. Uppdraget omfattar även att använda bostadsanpassningsbidraget för att betala fakturor från berörda entreprenörer.

Underskrift

Namn-teckning	Datum
Adress	Fastighetsbeteckning