



Handlingarna skickas till:

**Malung-Sälens kommun****Box 14****782 21 MALUNG****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
Fastighetsbeteckning	Ägare, namn	Inflytt.datum/år i denna bostad* 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