



Skickas till:

Karlskoga kommun
Samhällsbyggnadsförvaltningen 13
691 83 Karlskoga
bostadsanpassning@karlskoga.se
OBS. Märk kuvertet "BAB"

OBS

- Fyll i sida 1 och 2
- Bifoga intyg
 - I intyget ska arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig person intyga att åtgärderna är nödvändiga på grund av funktionsnedsättningen.
 - Intyg behövs inte om du endast söker bidrag för enklare anpassningsåtgärder.

1. Sökande

För- och efternamn:	Personnummer:	E-postadress:
Gatuadress:	Telefon:	Postnummer och ort:

2. Person med funktionsnedsättning

(om annan än sökande)

För- och efternamn:	Personnummer:
---------------------	---------------

3. Kontaktperson

(anhörig, vårdlag, intygsskrivare eller annan med kännedom om funktionsnedsättningen)

För- och efternamn:	Telefon:	E-postadress:
Handläggare för bostadsanpassningsbidrag får kontakta kontaktperson: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

4. Bostad som ska anpassas

Adress:	Lägenhetsnummer:	Fastighetsbeteckning:			
Boendet innehas med: <input type="checkbox"/> äganderätt <input type="checkbox"/> bostadsrätt <input type="checkbox"/> hyresrätt <input type="checkbox"/> i andra hand					
Antal rum: ____ rum och kök	Byggår:	Senast ombyggt år:	Inflyttningsdatum:	Hiss: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Boarea: ____ m ²
Antal personer i hushållet (folkbokförda): Vuxna: ____ Under 18 år: ____				Hustyp: <input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Småhus	
Har tidigare ansökt om bostadsanpassningsbidrag: <input type="checkbox"/> Ja, i min nuvarande bostad <input type="checkbox"/> Ja, i annan bostad <input type="checkbox"/> Nej				Om annan bostad, adress:	

5. Fastighetsägarens medgivande

Ett beslut om bostadsanpassningsbidrag innebär att kommunen har prövat din rätt till bidrag men inte att du har tillåtelse att genomföra åtgärden. Det är därför viktigt att du som bor i en hyres- eller bostadsrätt och söker bostadsanpassningsbidrag frågar din hyresvärd respektive bostadsrättsförening om du behöver ett medgivande innan du genomför en anpassningsåtgärd. Medgivandet bör vara skriftligt och omfatta vilka åtgärder som får utföras samt vad som gäller när bostaden sägs upp eller säljs.



6. Övrig information

Står i kö till annan lägenhet/boende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Förflyttningshjälpmedel: <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Käpp <input type="checkbox"/> Annat: _____
Hjälpinsatser: <input type="checkbox"/> Färdtjänst <input type="checkbox"/> Hemtjänst <input type="checkbox"/> Personlig assistans <input type="checkbox"/> Bostad beviljad enligt LSS eller SoL

7. Enklare anpassningsåtgärder som bidrag söks för

Antal trösklar som ska tas bort: _____st	Antal enstaka stödhandtag som ska sättas upp: _____st
---------------------------------------------	----------------------------------------------------------

8. Större anpassningsåtgärder som bidrag söks för (exempelvis bredare dörrar, hissanordningar eller ramper)

Åtgärd:	Placering/rum:	Beräknad kostnad, kronor:
		Summa: _____kr

9. Övriga upplysningar

--

10. Underskrift sökande

Jag godkänner att jag blir registrerad med hjälp av administrativ databehandling vars ändamål är att erhålla olika sammanställningar av bostadsanpassningsbidrag, samt att handlingarna senare arkiveras.	
Datum:	Underskrift:

11. Arbetsterapeuts underskrift vid ansökan om enklare anpassningsåtgärd (ifylles av arbetsterapeut)

För- och efternamn:	Datum:	Underskrift:
---------------------	--------	--------------