



Skickas till:

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

Handlingar som skall inlämnas till kommunen:

- 1 ex av ansökan, komplett ifylld.
- Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att sökta åtgärder är nödvändiga med hänsyn till funktionsnedsättning.
- Eventuell kopia av anbud/offert eller kostnadsberäkning på sökt åtgärd.

Diarienummer
Fylls i av kommunens handläggare

1. Personuppgifter

För- och efternamn på person som är funktionsnedsatt:		Personnummer:
För- och efternamn vid annan sökande (när sökande är en annan hushållsmedlem)		Personnummer:
Utdelningsadress:		Postnummer och ort
Sökandes e-postadress	Sökandes telefonnummer	Sökandes mobilnummer
Funktionsnedsättning	Förflyttningshjälpmedel <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Annat:	

2. Kontaktperson (ifylls i förekommande fall)

För- och efternamn:	Telefon dagtid:	Mobiltelefon
Roll vid ansökan <input type="checkbox"/> Biträde <input type="checkbox"/> Ombud <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare	E-postadress	

3. Bostad som ska anpassas

Adress (om annan än sökandes utdelningsadress)		Lägenhetsnummer:	Fastighetsbeteckning:
Inflyttningsdatum	Boendet innehåses med: <input type="checkbox"/> Äganderätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> I andra hand		
Bostad beviljad enligt <input type="checkbox"/> LSS <input type="checkbox"/> SoL	Antal rum: _____ rum och kök	Boarea: _____ m ²	Hiss: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Antal personer i hushållet (folkbokförda): Vuxna: _____ Under 18 år: _____		Hustyp: <input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Småhus	
Har tidigare erhållit bostadsanpassning: <input type="checkbox"/> Ja, i min nuvarande bostad <input type="checkbox"/> Ja, i annan bostad <input type="checkbox"/> Nej		Om annan bostad, adress:	



4. Anpassningsåtgärder som bidrag söks för (exempelvis bredare dörrar, hissanordningar eller ramper)

5. Fastighetsägarens medgivande

Hyresgästen/Bostadsrättsinnehavaren får utföra de åtgärder för vilket bostadsanpassningsbidrag söks för. Medgivande är mellan fastighetsägare och dennes hyresgäst. Därför bör fastighetsägarens synpunkter på ansökan alltid kommuniceras direkt till hyresgäst. De ska även bifogas skriftligt med ansökan.

Fastighetsägare (Namn/ företagsnamn)		E-post		
Godkänner <input type="checkbox"/>	Godkänner ej <input type="checkbox"/>	Datum:	Underskrift:	Telefon:

6. Samtycke/medgivande

Jag samtycker till att handläggare för bostadsanpassningsbidrag med anledning av frågor eller kompletterande information får ta kontakt med läkare, arbetsterapeut eller annan sakkunnig som har kännedom om min funktionsnedsättning.

Ja Nej

7. Övriga upplysningar

--

8. Sökandens underskrift till kommunen

Datum	Namnteckning	Namnförtydligan
<p>Vi behöver spara och behandla personuppgifter om dig, så som namn, adress, mobilnummer, personnummer, e-post och fastighetsadress. Syftet med en sådan behandling är för att kunna dokumentera din ansökan. Du har rätt att kontakta oss om du vill ha ut information om de uppgifter vi har om dig, för att begära rättelse, överföring eller för att begära att vi begränsar behandlingen, för att göra invändningar eller begära radering av dina uppgifter. Detta gör du enklast genom att kontakta oss på adressen ovan. Du når vårt dataskyddsombud på erica.skyllkvist@degerfors.se. Om du har klagomål på vår behandling av dina personuppgifter har du rätt att inge klagomål till Datainspektionen (tillsynsmyndighet). Personuppgiftsansvarig är Samhällsbyggnadsnämnden som du kan kontakta på samhallsbyggnad@karlskoga.se.</p>		



Så här fyller du i blanketten – Ansökan om bostadsanpassningsbidrag

1. Personuppgifter

Sökande kan vara en person med funktionsnedsättning eller en annan hushållsmedlem. Om sökande är annan än personen med funktionshinder ska personuppgifter för båda fyllas i. Vårdnadshavare till barn med funktionsnedsättning ska alltid stå som sökande.

Funktionsnedsättning: Här fyller du i vilken eller vilka funktionsnedsättningar du eller den du ansöker för har samt eventuella förflyttningshjälpmedel.

2. Kontaktperson

Fylls i om annan person än sökande själv ska kontaktas under handläggningen. Kontaktperson är obligatoriskt om inte den sökande kan föra sin egen talan i ärendet. En kontaktperson kan ha olika roller vid en ansökan:

- Biträde hjälper sökande i kontakterna med handläggaren, men har inte fullmakt att vidta rättshandlingar för den sökande. Utskick görs till den sökande.
- Ombud är en person som har fullmakt att vidta rättshandlingar för den sökande. Utskick görs till ombudet. Fullmakt ska bifogas ansökan.
- God man/Förvaltare företräder sökanden i alla kontakter med enheten för bostadsanpassningsbidrag och för dennes talan. Utskick görs till god man/förvaltare. Förordnandet ska bifogas ansökan.

3. Bostad som ska anpassas

Här fyller du i information om den bostad som anpassningen ska utföras i.

4. Anpassningsåtgärder som du vill söka bidrag för

Ange alltid vilka åtgärder du vill söka bidrag för på blanketten eller i en bilaga. Om anpassningsåtgärder inte har angivits återsänds ansökan för komplettering eller avskrivs. Behovet av sökta åtgärder ska styrkas med intyg från arbetsterapeut eller annan sakkunnig.

5. Fastighetsägarens medgivande

För att anpassningar i hyres- eller bostadsrätter ska kunna utföras, måste du och fastighetsägaren komma överens om att anpassningen får utföras. Detta regleras i hyreslagen och bostadsrättslagen.

6. Samtycke/medgivande till bostadsanpassningsenheten

Här lämnar du ditt medgivande till att handläggaren för bostadsanpassningsbidrag får kontakta er arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig.

7. Övriga upplysningar

Här kan du skriva sådant som du vill upplysa handläggaren om och som inte framgår på annat ställe i blanketten.

8. Sökandens underskrift

Ansökan ska alltid skrivas under av sökanden eller av person med fullmakt att underteckna för sökandes räkning.

För mer information: www.karlskoga.se/Stod--omsorg/Funktionsnedsattning/Bostadsanpassning.