

Tekniska avdelningen
Tel 0951-140 82
Epost: lisbeth.isaksson@storuman.se

Sänds till:
**Storumans Kommun,
Omsorgsnämnden
923 81 Storuman**

Personuppgifter

Sökandens namn	Personnummer
Utdelningsadress (gata, box etc)	Telefon bostad (även riktnummer)
Postnummer och postort	Telefon arbetet (även riktnummer)
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
Kontaktperson	Telefon (även riktnummer)

Fastighetsuppgifter mm

<input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus	Fastighetsbeteckning	Byggnadsår	Senaste ombyggnad, år
Antal rum <input type="checkbox"/> Kök <input type="checkbox"/> Kokvrå <input type="checkbox"/> Kokskåp <input type="checkbox"/> Badrum <input type="checkbox"/> Duschrum <input type="checkbox"/> Extra toalett			
Bostaden innehas <input type="checkbox"/> Med äganderätt <input type="checkbox"/> Med bostadsrätt <input type="checkbox"/> Med hyresrätt <input type="checkbox"/> I andra hand			
Fastighetsägare (om annan än sökanden)	Telefon (även riktnummer)		
Adress (utdelningsadress, postnummer och postort)			

Bidrag

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
Adress (utdelningsadress, postnummer och postort), om annan bostad	

Funktionshinder

Beskrivning av funktionshindret
Förflyttningshjälpmedel <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Annat

Sökta åtgärder (om utrymmet inte räcker fortsätt på sidan 2 eller särskilt blad)

Om du söker flera åtgärder placera dem under rubriken: badrum, kök, övrigt, utanför bostaden etc
Se sida 2

Jag medger samtidigt att mitt ärende med personuppgifter får registreras av kommunen för diarium, handläggning, arkivering och statistik. Personuppgiftslagen (PUL 1998:204).

Underskrift av sökanden

Ort och datum
Namnteckning

Fastighetsägarens medgivande (ifylls endast om sökanden inte äger fastigheten)

Hyresgästen/bostadsrättshavaren får vidta de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks.
Hyresgästen/bostadsrättshavaren är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick.
Hyran/månadsavgiften kommer inte att höjas med anledning av de åtgärder som vidtas. Under vissa villkor kan fastighetsägaren få bidrag till återställning.

Ort och datum
Namnteckning

Anpassningsåtgärder

Bidrag söks för följande anordningar och åtgärder
Inom lägenheten
Kök
Badrum
Övrigt
Utanför lägenheten

Handlingar som **skall** inlämnas till kommunen

- 1 ex av ansökan
- Intyg av till exempel arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig att åtgärderna är nödvändiga med hänsyn till funktionshindret. Vid mer omfattande åtgärder bör intyget kompletteras med ett så kallat åtgärdsprogram.

Anvisningar till ansökan om bostadsanpassningsbidrag

- Fyll i alla kända uppgifter i ansökan.
- Ange den/de funktionsnedsättningar som gör att bostaden behöver anpassas.
- Ange de åtgärder du söker bidrag för eller beskriv problem som föranleder behovet av bostadsanpassning. Vi ser gärna att du skickar med ett förslag på hur du vill anpassa din bostad till exempel med skiss eller ritning.
- Ansökan måste undertecknas av den bidragssökande eller i förekommande fall god man/förvaltare.
- Fastighetsägaren måste lämna sitt godkännande genom att skriva under ansökan.
- Intyg från arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig som styrker behovet av bostadsanpassning ska bifogas ansökan.

Handläggaren på kommunen kan hjälpa till med att fylla i ansökan, komma med förslag, inhämta offerter och fastighetsägarens medgivande.

Har du ytterligare frågor ring 0951 - 140 82.

Ansökan skickas till:

**Storumans kommun
Omsorgsnämnden
923 81 Storuman**