

ANSÖKAN OM BOSTADSANPASSNINGSBIDRAG

Sänds till
Habo kommun
Box 212
566 24 HABO

Fylls i av tekniska kontoret

Datum	Diarienummer
Fastighetsbeteckning	

Personuppgifter

Sökandens namn		Personnummer
Utdelningsadress (gata, box etc)		Telefon: arbetet
Postnummer och postort		Telefon bostaden
E-postadress		
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

Bostad som ska anpassas

Adress			
<input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus	Lägenhetsnr	Byggnadsår	Senaste ombyggnaden, år
Antal rum samt			
<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
Våningsplan Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja från markplan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
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 sökande)			Telefon
Utdelningsadress (gata, box etc)		Postadress och postort	

Bidrag

Har du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag: i denna bostad	I annan bostad
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om annan bostad: adress	

Funktionshinder

Funktionshinder	
Förflyttningshjälpmedel	
<input type="checkbox"/> Eldriven rullstol	<input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rullator/Deltastöd <input type="checkbox"/> Käpp <input type="checkbox"/> Annat

OBS! namnunderskrift på nästa sida

