

**Ansökan om bostadsanpassningsbidrag  
Datum**

Handlingarna skickas till:

**Tingsryds kommun**  
**Box 88**  
**362 22 Tingsryd**

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.

- Medgivande från samtliga ägare och, i förekommande fall, nyttjanderättshavare att anpassningsåtgärderna får vidtas. (Gäller då annan än sökanden helt eller delvis äger bostaden eller innehar den med hyres- eller bostadsrätt. Medgivandeblanketter kan rekvideras från kommunen.)

**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 \***

Namn	Telefon	E-postadress
Adress	Postnummer	Ort

**Kontaktperson**

Namn	Telefon	E-postadress
Adress	Postnummer	Ort
Relation	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	Botyp <input type="checkbox"/> Ordinärt boende <input type="checkbox"/> Särskilt boende	Bor på våning	Byggår
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	Inflytt.datum/år i denna bostad*	
Fastighetsbeteckning	Ägare, namn	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 – fortsatt på baksidan eller i särskild bilaga)

## Problemet i min bostad / Motivet till min ansökan

--

### Bostadsanpassningsbidraget regleras i Lag (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag.

#### Behandling av personuppgifter

De personuppgifter du lämnar när du skickar in en ansökan, synpunkt eller annat registreras och behandlas enligt reglerna i dataskyddsförordningen (GDPR). Det görs eftersom uppgifterna behövs för vår myndighetsutövning. Du har rätt att få en sammanställning över vilka av dina personuppgifter vi behandlar. En sådan begäran ska vara skriftlig och ska skickas till Tingsryds kommun, Vård och omsorgsförvaltningen Box 88 362 22 Tingsryd. Du har också rätt att få felaktiga uppgifter rättade.

Jag försäkrar på heder och samvete att de uppgifter om faktiska förhållanden som lämnats i denna ansökan och därtill bifogade handlingar är sanningsenliga.

#### UNDERSKRIFT AV SÖKANDE ELLER VÅRDNADSHAVARE 1

Ort	Datum
Namnteckning	Namnförtydligande

#### UNDERSKRIFT AV VÅRDNADSHAVARE 2

Ort	Datum
Namnteckning	Namnförtydligande