

**Ansökan om
återställningsbidrag för fastighetsägare
SFS 2018:222 §12–14****Skickas till:**

Tingsryds kommun
Vård och omsorgsförvaltningen
BAB handläggare
Box 88
362 Tingsryd

Diarienummer fylls i av handläggare

Fastighetsbeteckning

Fastighetsägare

Fastighetsägare/Namn	Personnummer/organisationsnummer
Adress	
Postnummer och postort	Telefon

Fastighet☐ Hyresrätt ☐ Bostadsrätt

Adress	Fastighetsbeteckning
Postnummer och postort	

1. Bidrag för återställning avser följande åtgärder. Bifoga offert.

--

2. Ange orsak till att anpassningen är till nackdel för andra boende

--

3. Kommunen har fått möjlighet att anvisa bostaden till annan bostadssökande

☐ Ja ☐ Nej_____
Underskrift_____
Ort och datum