

Datum

.....

Handlingarna skickas till:

**Flens kommun**  
**Socialförvaltningen**  
**642 81 FLEN**

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 – fortsätt på baksidan eller i särskild bilaga)

### Problemet i min bostad / Motivet till min ansökan

(Om utrymmet inte räcker – fortsätt på baksidan eller i särskild bilaga)

### Sökandes underskrift

Namn*	Sökt bidragsbelopp
-------	--------------------

### Medgivande till registrering - underskrifter\*

Jag medger att mina personuppgifter som lämnats i denna ansökan och eventuella bilagor registreras i kommunens system för bostadsanpassningsbidrag. Jag är medveten om att jag när som helst kan begära att få se ett utdrag på de uppgifter som finns beträffande mig, få felaktigheter i dessa rättade samt få uppgifterna borttagna.

.....  
Funktionsnedsatt/Sökande                      Sökande/Vårdnadshavare                      Kontaktperson

(\*) Obligatorisk uppgift