



Handlingarna skickas till:

**Gällivare kommun**

**982 81**

**GÄLLIVARE**

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. (Gäller ej om ansökan avser reparation, underhåll och besiktning)

- Medgivande från samtliga ägare och, i förekommande fall, nyttjanderättshavare att anpassningsåtgärderna får vidtas. (Gäller ej om ansökan avser reparation, underhåll och besiktning)

### Person med funktionsnedsättning \*

|                                                                                         |                                                                           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Personnummer                                                                            | Namn                                                                      |              |
| Civilstånd<br><input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående | Behov av tolk<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Vilket språk |

### Sökande/Ställföreträdare \*

|              |            |            |
|--------------|------------|------------|
| Namn         | Telefon    | C/O - Namn |
| Adress       | Postnummer | Ort        |
| E-postadress |            |            |

### Kontaktperson

|              |                                                                                                                                 |          |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Namn         | Telefon                                                                                                                         | Relation |
| Adress       | Postnummer                                                                                                                      | Ort      |
| E-postadress | Fullmakt för kontaktpersonen att företräda den funktionsnedsatte finns <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |          |

### Huset, bostaden, övrigt

|                                                                                              |                                                                                                                                     |                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Bostaden ligger i<br><input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Småhus | Bostaden innehas med<br><input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Äganderätt | Bor på våning                                                                     |
| Hiss<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                             | Tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag i denna bostad<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej               | Bidrag i annan bostad<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Fastighetsbeteckning                                                                         | Ägare, namn                                                                                                                         | Inflytt.datum/år i denna bostad*<br>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/Ställföreträdarens 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/Ställföreträdare

.....  
Kontaktperson

(\* ) Obligatorisk uppgift