

1. Sökande

För- och efternamn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och ort
E-post		Mobilnummer
Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ange språk	

2. Kontaktperson *Fylls i om annan person än sökande själv ska kontaktas under handläggningen.*

För- och efternamn	Relation till sökande
Gatuadress	Postnummer och ort
E-post	Mobilnummer

3. Bostaden som ska anpassas

Hustyp <input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus	Fastighetsägare	Telefonnummer			
Upplåtelseform <input type="checkbox"/> Äganderätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Hyresrätt i första hand <input type="checkbox"/> Hyresrätt i andra hand <input type="checkbox"/> Ägarlägenhet					
Våning	Hiss finns <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Antal rum	Antal personer i hushållet	Tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Inflyttningsdatum

4. Problem i bostaden *Beskriv kortfattat de problem i bostaden som gett upphov till ansökan.*

--

5. Sökta åtgärder *Om bifogat intyg inte styrker behovet av alla åtgärder kan ansökan behöva kompletteras innan beslut.*

--

6. Markera vilka handlingar som bifogas ansökan

<input type="checkbox"/> Intyg av arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, läkare eller annan sakkunnig
<input type="checkbox"/> Fullmakt/Förordnande
<input type="checkbox"/> Medgivande från fastighetsägare
<input type="checkbox"/> Kopia på offert eller kostnadsberäkning
<input type="checkbox"/> Ritningar

7. Medgivande från nyttjanderättshavare

Undertecknande nyttjanderättshavare medger att sökta åtgärder får göras i bostaden.		
Datum	Underskrift nyttjanderättshavare 1	Underskrift nyttjanderättshavare 2
	Namnförtydligande	Namnförtydligande

8. Medgivande till handläggare av bostadsanpassningsbidraget

Handläggaren får kontakta den arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig som skrivit de intyg jag bifogat. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Jag önskar hjälp och ger den som handlägger fullmakt att hämta in medgivande från fastighetsägare gällande att bostadsanpassning får utföras. Fullmakten kan återkallas skriftligt enligt särskilda regler i avtalslagen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

9. Underskrift sökande eller legal företrädare

Ansökningsdatum	Underskrift	Underskrift
	Namnförtydligande	Namnförtydligande

De personuppgifter du lämnar på blanketten kommer att bli registrerade i kommunens datasystem och användas för ärendets behandling. Uppgifterna behandlas enligt dataskyddsförordningen. För mer information se.

www.burlov.se/personuppgifter

Ansökan och bilagor skickas till:

Burlövs kommun
Vård och omsorg
Bostadsanpassning
Box 53
232 21 Arlöv