ARVIKA KOMMUN

# Ansökan om bostadsanpassningsbidrag

## Personuppgifter

| | | |
|---|---|---|
| Namn | Personnummer | Telefon |
| Adress | Postnummer | Ort |
| E-postadress | | |
| Civilstånd<br>☐Gift/Sambo<br>☐Ensamstående | Antal personer i hushållet | Antal personer i Hushållet under 18 år |
| Behov av tolk<br>☐Ja ☐Nej | Vilket språk | |

## Kontaktperson

| | | |
|---|---|---|
| Namn | Telefon | Relation |
| Adress | Postnummer | Ort |
| E-postadress | | |

## Fastighet

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Flerbostadshus<br>☐ En/tvåbostadshus | Lägenhetsnummer | Byggnadsår |
| Antal rum | ☐ Kök<br>☐ Kokvrå | ☐ Badrum<br>☐ Duschrum<br>☐ Extra Toalett |
| Bostaden innehas<br>☐ med Äganderätt<br>☐ med Bostadsrätt<br>☐ med Hyresrätt<br>☐ I andra hand | **Om du har möjlighet att bifoga ritningar och foton på fastigheten och de hinder du har behov av att anpassa – kan handläggningstiden komma att förkortas!** | |

## Tidigare bidrag

| |
|---|
| Har du sökt bostadsbidrag tidigare<br>☐ Ja i denna bostad ☐ Ja i annan bostad ☐ Nej |
| Om annan bostad, Ange adress |

**Funktionshinder och funktionsnedsättning**

| |
|---|
| Vilka hjälpmedel, från Hjälpmedelscentralen eller Rehabenheten för funktionshindret har provats? |
| Beskriv kort din funktionsnedsättning, ska bekräftas med intyg! |

**Beskriv den eller de åtgärder du söker bidrag för. Bifoga gärna ritning och foton.**

| |
|---|
| |

**<u>Följande handlingar ska bifogas denna ansökan:</u>**

- Intyg från er läkare, arbetsterapeut eller sjukgymnast som styrker ert behov av bostadsanpassning.
- En offert från ett företag som har F-skattsedel. Offerten ska innehålla uppgifter om åtgärd samt material- och arbetskostnad inkl. moms

Vid behov kan vår bostadsanpassningshandläggare hjälpa till med att ta in offerter för din räkning.

| |
|---|
| Jag samtycker till att handläggaren på bostadsanpassningen kan kontakta min intygsskrivare vid eventuella frågor om intyget<br>☐ Ja ☐ Nej |

**Underskrift**

| | |
|---|---|
| Datum | Sökandens underskrift |

**Fastighetsägarens medgivande**

Hyresgästen/Bostadsrättsinnehavaren får vidta de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks.

Hyresgästen/Bostadsrättsinnehavaren är **inte** skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick.

Det finns ett återställningsbidrag som fastighetsägaren kan söka för att ta bort de anpassningar som bedöms vara ett hinder för ny hyresgäst.

| | |
|---|---|
| Datum | Telefonnummer |
| Fastighetsägarens underskrift | Fastighetsägarens namnförtydligande |

Ansökan skickas till:

**Arvika kommun**
**19. Bostadsanpassning**
**671 81 Arvika**

Var noggrann då du fyller i din ansökan. Felaktigt ifylld ansökan återsänds för komplettering.

Arvika kommun hanterar dina personuppgifter i enlighet med offentlighetsprincipen, sekretesslagen, arkivlagen, dataskyddsförordningen och den svenska kompletterande lagen för dataskydd.

Myndighetsnämnden tfn 0570-816 33 är personuppgiftsansvarig av denna behandling.

Som enskild har du rätt till att, utan kostnad, få information om vilka personuppgifter som behandlas av oss.

Du kan även begära rättelse av felaktiga personuppgifter.

För mer information om Arvika kommuns hantering av personuppgifter besök vår webbplats www.arvika.se/dataskydd