

Sökande	Sökandes förnamn	Sökandes efternamn	Sökandes personnummer
	Adress där bidrag söks		Sökandes telefon/mobiltelefon
	Postnummer och ort		Sökandes e-post
	Nuvarande adress (om annan adress än där bidrag söks)		
Kontaktperson (Fylles endast om sökande själv inte kan sköta sitt ärende)	Kontaktpersonens förnamn		Kontaktpersonens efternamn
	Kontaktpersons telefon/mobiltelefon		Kontaktpersonens e-post
	<input type="checkbox"/> Behörig anhörig <input type="checkbox"/> Ombud		<input type="checkbox"/> God man/Förvaltare <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare
Samtliga fastighetsägare	Fastighetsägare (om annan än sökande)		
	Adress		Postadress
	Telefon		Fastighetsägarens E-postadress
Fastighetsägarens medgivande	Fastighetsägarens förnamn		Fastighetsägarens efternamn
Underskrift	Fastighetsägarens underskrift		Datum
*Nyttjanderättshavarens medgivande	Nyttjanderättshavarens förnamn		Nyttjanderättshavarens efternamn
Underskrift	Nyttjanderättshavarens underskrift		Datum

*Om någon eller några förutom du står på kontraktet eller är delägare i bostadsrätten kallas de nyttjanderättshavare. Du behöver deras skriftliga medgivande att de godkänner att anpassningen genomförs.

Gislaveds kommun behöver spara och behandla personuppgifter om dig, så som ditt namn, personnummer, telefonnummer, e-postadress och postadress. Läs mer om personuppgiftsbehandling på Gislaved.se

Bostad som ska anpassas	Antal personer i hushållet		Under 18 år:	
	Vuxna:			
	<input type="checkbox"/> Småhus	Byggnadsår	Inflyttningsdatum (år)	
	<input type="checkbox"/> Flerbostadshus			
	Fastighetsbeteckning			
Bostaden innehas:				
<input type="checkbox"/> Med äganderätt <input type="checkbox"/> Med bostadsrätt <input type="checkbox"/> Med hyresrätt <input type="checkbox"/> I andra hand <input type="checkbox"/> Med bistånd enligt LSS/SOL				
Står du i kö till annat boende? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
Bidrag söks för följande åtgärder	Ange vilka åtgärder som bostadsanpassningsbidrag söks för. Exempelvis ramp, trösklar, anpassa duschplats osv.			
Bifogade dokument	Intyg behöver skickas med tillsammans med din ansökan. <input type="checkbox"/> Intyg från sakkunnig (exempelvis arbetsterapeut, läkare eller synpedagog) som styrker funktionsnedsättningen och behovet av anpassning. OBLIGATORISKT för att ansökan ska kunna handläggas. <input type="checkbox"/> Fullmakt till Gislaveds kommun att upphandla åtgärderna (se separat blankett) <input type="checkbox"/> Övrigt			
Om du inte vill upphandla själv	Jag vill att Gislaveds kommun hjälper mig att <input type="checkbox"/> Kontakta fastighetsägare för medgivande <input type="checkbox"/> Ta in offert eller kostnadsberäkning			
Sökandes underskrift	Namn		Datum	