



ÅSTORP

# Socialförvaltningen

## Medborgarkontoret

### ANSÖKAN om bostadsanpassningsbidrag

1. Personuppgifter		
Sökandens namn		Personnummer
Utdelningsadress		Telefon (även riktnr.) arbete
Postnummer och postort		Telefon (även riktnr.) bostad
Personen med funktionsnedsättningens namn (om annan än sökanden)		Personnummer
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Antal personer i hushållet: vuxna	Antal personer i hushållet: under 18 år
Tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		I annan bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ange adress om bidrag erhållits/sökts i annan bostad.		
2. Fastighet		
<input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus		
Antal rum..... Samt		
<input type="checkbox"/> Kök <input type="checkbox"/> Kokvrå <input type="checkbox"/> Kokskåp <input type="checkbox"/> Badrum <input type="checkbox"/> Duschrum <input type="checkbox"/> Extra toalett		
Bostaden innehas		
<input type="checkbox"/> Med äganderätt <input type="checkbox"/> Med bostadsrätt <input type="checkbox"/> Med hyresrätt <input type="checkbox"/> I andra hand		
Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hiss i markplan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bor på våningsplan:
Fastighetsbeteckning		Byggår/ombyggnadsår
Fastighetsägare (om annan än sökanden)		Telefon (även riktnr)
Utdelningsadress (gata, box, etc.)		Postnummer och postort

**Glöm inte fylla i baksidan (sida 2)!**

### 3. Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättningens art

### Förflyttningshjälpmedel

Eldriven rullstol       Manuell rullstol       Rollator/Deltastöd       Käpp

### 4. Sökta åtgärder

Om du söker för flera åtgärder placera dem under rubriker: badrum, kök, övrigt, utanför bostaden, etc.


### 5. Kontaktperson (anges i förekommande fall).

Namn och adress

Telefon (även riktnr.)

*Personuppgifter behandlas enligt Personuppgiftslagen. Information ni lämnar får lagras och bearbetas i register av förvaltningsnämnd.*

### 6. Underskrift (Sökanden alternativt företrädare/god man)

Ort och datum

Underskrift

#### **Förutom ansökningsblanketten behöver du inlednings sända in följande handling:**

- Intyg från arbetsterapeut eller annan sakkunnig som styrker behovet av anpassningen

Ansökan och intyg sänds till:      Åstorps kommun  
Medborgarkontoret  
Storgatan 7  
265 80 Åstorp

#### **Efter en första bedömning av ansökan och intyg behöver du eventuellt komplettera med:**

- Medgivande från fastighetsägaren att anpassningen får göras
- Tre offerter/kostnadsförslag avseende sökt åtgärd alternativt



# Socialförvaltningen

## Medborgarkontoret

ÅSTORP

## ANVISNINGAR till ansökan om bostadsanpassningsbidrag

Fyll i alla efterfrågade uppgifter i ansökan. Om ansökan är ofullständig kan den komma att skickas tillbaka för komplettering.

### 1. Personuppgifter

**Sökandens namn:** Namnet på den som ansöker om bostadsanpassningen. Den sökande kan själv ha en funktionsnedsättning eller söka bidraget för en hushållsmedlems räkning som har en funktionsnedsättning.

Föräldrar som har delad vårdnad om barn med funktionsnedsättning eller en person som i sin egen bostad åtagit sig att långvarigt och regelbundet ansvara för vård av en person med funktionsnedsättning kan också söka bidrag.

**Utdelningsadress:** Ange den adress där bostadsanpassningen ska utföras.

**Personen med funktionsnedsättningens namn:** Anges när någon annan person än personen med funktionsnedsättning står som bidragssökande.

Ange sedan civilstånd och antalet personer i hushållet samt om den sökande tidigare har ansökt om bostadsanpassningsbidrag och i så fall på vilken adress.

### 2. Fastighet

Ange om boendet är ett småhus eller flerbostadshus samt antal rum, upplåtelseform, fastighetsbeteckning, om det finns hiss mm. Fyll även i namn, adress och telefonnummer till fastighetsägare/förvaltningsbolag.

### 3. Funktionsnedsättning

Ange den/de funktionsnedsättningar som gör att bostaden behöver anpassas samt eventuella förflyttningshjälpmedel.

### 4. Sökta åtgärder

Ange de åtgärder du söker bidrag för eller beskriv de problem som är anledningen till behovet av bostadsanpassningen. Specificera gärna var i bostaden anpassningen avses.

### 5. Kontaktperson – frivillig uppgift

Ifylls om du vill att en annan person ska vara kontaktperson under handläggningen av din ansökan.

### 6. Underskrift

Ansökan måste undertecknas av den bidragssökande eller i förekommande fall god man/förvaltare.

## Bilagor till ansökan

### Intyg

Till ansökan ska alltid ett intyg bifogas från arbetsterapeut eller eventuellt från läkare eller annan sakkunnig som styrker behovet av bostadsanpassningen. Intyget ska beskriva funktionsnedsättningen och vilka problem den medför i bostaden.

### ***Följande handlingar kan bli aktuella under ärendets gång***

#### Medgivande från fastighetsägaren

Fylls i av ägaren till hyresfastigheten, styrelsen i bostadsrättsföreningen eller av övriga ägare i de fall det handlar om ett samägt småhus.

Om fastighetsägaren inte kan lämna sitt medgivande i samband med att du gör din ansökan kan bostadsanpassningshandläggaren hjälpa till att söka fastighetsägarens medgivande under ärendets gång. *OBS! Om fastighetsägaren inte önskar lämna sitt medgivande så bör inte anpassningen göras.*

#### Offerter

Sökanden eller sökandens anhöriga ansvarar för att inhämta offerter. Offerter ska tas in från tre olika entreprenörer/utförare. Om inte sökanden eller sökandens anhöriga kan inhämta offerter kan kontakt tas med Medborgarkontorets handläggare.

#### Fullmakt

Fullmaktsblankett fylls i om du vill att Medborgarkontorets handläggare ska beställa och/eller betala beviljat bostadsanpassningsbidrag till entreprenör/utförare. Fullmakt fylls i först efter att beslut är fattat om bostadsanpassningsbidrag. Det finns två fullmakter: fullmakt – betala samt fullmakt beställa och betala.

Det är av stor vikt att kommunen inte i något fall står som beställare av tjänsten/varan för att konsumenttjänstlagen och konsumentköplagen skall vara tillämplig vid eventuell reklamation (fel på varan/tjänsten).

### **Ansökan och bilagor sänds till:**

Åstorps kommun  
Medborgarkontoret  
Storgatan 7  
265 80 Åstorp