

## BOSTADSANPASSNINGSBIDRAG

**SKICKAS TILL**  
 Bollnäs kommun  
 Samhällsbyggnadskontoret  
 821 80 BOLLNÄS

### ANSÖKAN OM

- bostadsanpassningsbidrag  
 reparationsbidrag  
 återställningsbidrag

### Sökande

Namn	Adress	Personnummer
Postnummer	Ort	Telefonnummer
E-postadress	Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	
Kontaktperson/Vårdnadshavare	Telefonnummer, kontaktperson	

### Fastighet/Ägare

Beteckning	Lägenhetsnummer	Byggår	Senast ombyggt, år
Ägare	Adress, ägare	Telefonnummer	
Postnummer	Ort	E-postadress	
Hustyp <input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Småhus	Upplåtelseform <input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Äganderätt		
Antal rum (rum och kök)	Extra toalett <input type="checkbox"/> Ja	Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

### Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättning
Förflyttningsmedel <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Käpp

Vilka åtgärder söker du bostadsanpassningsbidrag för? (om utrymmet inte räcker, fortsatt på sidan 3)

--

### Tidigare bidrag/Ny ansökan

Har tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag i denna bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	I annan bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om annan bostad, adress
Denna ansökan gäller en <input type="checkbox"/> Vanlig lägenhet <input type="checkbox"/> Lägenhet i specialboende (Gruppboende, servicehus etc.)	Ansökan gäller <input type="checkbox"/> Min gamla lägenhet <input type="checkbox"/> Lägenheten som jag skall flytta till eller nyligen har flyttat till	Inflyttningsdatum

### Hyreskontraktssinnehavare (om annan än sökanden)

Namn
------

Godkänner att åtgärd görs

### Hyreskontraktssinnehavarens underskrift

Ort och datum	Namnsteckning	Namnförtydligande
---------------	---------------	-------------------

### Fastighetsägarens underskrift

Ort och datum	Namnsteckning	Namnförtydligande
---------------	---------------	-------------------

### Underskrift sökande

Ort och datum	Namnsteckning	Namnförtydligande
---------------	---------------	-------------------

**Handlingar som ska inlämnas till kommunen:**

- Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig. (muntligt intyg vid trösklar och stödhandtag)
- Offert eller kostnadsberäkning. (krävs inte vid trösklar, stödhandtag, spisvakt och dylikt)
- Beskrivning av sökta åtgärder (ritningar/teknisk beskrivning)
- Godkännande från vårdnadshavare, om sökanden är under 18år.

**Om bidrag beviljas, så gäller:**

- Du ska själv beställa arbetet och se till att åtgärden blir utförd av företag med F-skattsedel.
- Om du utför arbetet själv kan du få bidrag för material
- När åtgärd är utförd, redovisa faktura/kvitto för utbetalning av bidrag.
- Lämna in bank- och kontouppgifter för utbetalning av bidrag.

**Information**

En förutsättning för att hantera din ansökan är att dina personuppgifter registreras. De registrerade uppgifterna används för diarium, handläggning av ärendet samt för arkivering.

För upplysning ring 0278-258 10

**Öppettider**

Måndag-torsdag: 10.00-11.30 och 12.15-14.30