



Information till sökande

Till denna ansökan ska bifogas intyg från sakkunnig (se s. 2 för mer information)

SÖKANDE

sökandens namn		personnummer	
utdelningsadress		postnummer	postort
telefon, bostad	telefon, mobil	e-post	
samtliga vårdnadshavares namn (om sökanden är omyndig)			
kontaktperson (ifylles alltid)		telefon	e-post

FASTIGHET DÄR ANPASSNING SKA GÖRAS

fastighetsbeteckning		lägenhetsnummer		Inflyttningsdatum	
fastighetsägare (Om fler än en, ange samliga.)	namn	telefon	e-post		
	namn	telefon	e-post		
	namn	telefon	e-post		
<input type="checkbox"/> Villa/radhus, byggår _____	<input type="checkbox"/> Hyresrätt	<input type="checkbox"/> Trygghetsboende	<input type="checkbox"/> Äldreboende, namn _____		
<input type="checkbox"/> Bostadsrätt	<input type="checkbox"/> Hyr i andra hand	<input type="checkbox"/> Gruppboende			
Vad finns i bostaden?					
Antal sov- samt vardagsrum _____	<input type="checkbox"/> kök	<input type="checkbox"/> kokvrå/kokskåp	<input type="checkbox"/> badkar	<input type="checkbox"/> garage/bilplats	
	<input type="checkbox"/> WC		<input type="checkbox"/> dusch	<input type="checkbox"/> hiss	
totalt antal personer i hushållet _____			antal personer i hushållet under 18 år _____		

FUNKTIONSVARIATION/ÅTGÄRDER

funktionsvariation			
Eventuella förflyttningshjälpmedel			
<input type="checkbox"/> eldriven rullstol/permobil	<input type="checkbox"/> rollator	<input type="checkbox"/> käpp/kryckor	<input type="checkbox"/> annat
<input type="checkbox"/> manuell rullstol			
Beskriv problem i bostaden/nödvändiga åtgärder			

Postadress

Vilhelmina kommun
Bostadsanpassning
912 81 VILHELMINA

Besöksadress

Torget 6

Telefon

0940-14000

Organisationsnummer

212000-2601

E-post

info@vilhelmina.se

Webbplats

www.vilhelmina.se



SÖKANDES alt. VÅRDNADSHAVARES UNDERSKRIFT

ort och datum	namnteckning
ort och datum	namnteckning

FASTIGHETSÄGARES MEDGIVANDE (ifylls om inte sökanden äger fastigheten)

Hyresgästen/bostadsrättsinnehavaren får vidta de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks och är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick vad avser dessa åtgärder. Hyran/månadsavgiften kommer inte att höjas med anledning av de åtgärder som vidtas.

ort och datum	namnteckning
personnummer/organisationsnummer	namnförtydligande
ort och datum	namnteckning
personnummer/organisationsnummer	namnförtydligande
ort och datum	namnteckning
personnummer/organisationsnummer	namnförtydligande

FULLMAKT (frivillig)

Härmed lämnar jag fullmakt till Vilhelmina kommun att ombesörja att beviljade åtgärder utgörs, inklusive att träffa avtal med eventuella entreprenörer, samt inom ramen för beviljat bidrag ombesörja betalningar.

ort och datum	sökandes namnteckning
---------------	-----------------------

Information

Handlingar som **ska** inlämnas till kommunen:

- 1 ex av ansökan
- Intyg av t ex arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig att åtgärderna är nödvändiga med hänsyn till funktionsvariationen. Vid mer omfattande åtgärder bör intyget kompletteras med ett s k åtgärdsprogram.

Handlingar som **kan** inlämnas till kommunen:

- Kopia av eget anbud/offert eller kostnadsberäkning.
- Plan- eller uppställningsritningar, vid omfattande inredningsarbeten.
- Ritning över bostaden före respektive efter ändringen, vid ändrad planlösning.

Hantering av personuppgifter:

Kommunen blir personuppgiftsansvarig för personuppgifterna först när den ifyllda ansökan tagits emot av kommunen. Uppgifterna kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen. För mer information om hur personuppgifter behandlas hänvisas till kommunens hemsida <https://www.vilhelmina.se/kommun-och-politik/dataskydd/>. Du kan även vända dig till kommunens reception via 0940-140 00 eller gdpr@vilhelmina.se.