

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje

Handlingarna skickas till:

**Kommunalförbundet
Sjukvård och omsorg i Norrtälje
Box 801
761 28 Norrtälje**

Handlingar som förutom denna blankett skall lämnas till Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje:

- Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att arbetena är nödvändiga med hänsyn till funktionsnedsättningen.

- Vid mer omfattande åtgärder kan ritning och teknisk beskrivning behövas, samt offert eller kostnadsberäkning.

1. Sökande (Personen med funktionsnedsättningen)

Namn	Personnummer
Adress	Telefon bostad
Postnummer och postadress	Mobiltelefon
E-post	Antal personer i bostaden

2. Kontaktperson (Om någon annan ska sköta ditt ärende)

Namn	Telefon
Adress	E-post
Relation <input type="checkbox"/> Närstående Relation: _____ <input type="checkbox"/> Ombud <input type="checkbox"/> God man eller förvaltare	

3. Bostad som ska anpassas

Adress (om annan än sökandes utdelningsadress)	Byggår
<input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Hiss finns	Inflyttning i bostaden
Bostaden förfogas med <input type="checkbox"/> Äganderätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Andrahandskontrakt	Bostaden beviljad enligt <input type="checkbox"/> LSS <input type="checkbox"/> SoL
Fastighetsägare	Telefon
Adress	
E-post	

4. Anpassningsåtgärder som bidrag söks för

POSTADRESS
Box 801, 761 28 Norrtälje

ORGANISATIONSNUMMER
222000-1891

BESÖKSADRESS TELEFON
Rubingatan 2 +46 17 67 10 00
registrator.sjukvardomsorg@norrtalje.se

TELEFAX
+46 17 67 10 55

E-POST
4761002-7

WEBB
norrtalje.se

PLUSGIRO

BANKGIRO
5063-8394

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje

Forts.

5. Nyttjanderättshavares medgivande (Fylls i om flera personer står på kontraktet)

För medgivandet gäller följande:		
<ul style="list-style-type: none"> Hyresgästen/bostadsrättsinnehavaren får utföra de åtgärder för vilka bidrag söks. Detta är enligt lagen (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag m.m. en av förutsättningarna för att bostadsanpassningsbidrag ska kunna beviljas. (vid fler nyttjanderättshavare lämnas bilaga) 		
Datum	Nyttjanderättshavare	Namn-teckning (behörig att teckna medgivande)
E-postadress		Telefon

6. Fastighetsägarens medgivande

<input type="checkbox"/> Jag bifogar underskrivet ägarmedgivande från samtliga ägare.
<input type="checkbox"/> Jag behöver hjälp att kontakta min/mina fastighetsägare för medgivande.

7. Medgivande till bostadsanpassningshandläggaren

Handläggaren får kontakta arbetsterapeut, läkare eller annan som har kännedom om min funktionsnedsättning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--

Jag försäkrar på heder och samvete att de uppgifter om faktiska förhållanden som lämnats i denna ansökan och därtill bifogade handlingar är sanningsenliga.

Jag medger samtidigt att mina personuppgifter registreras i Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtäljes datasystem för bostadsanpassningsärenden.

8. Underskrift av sökanden eller vårdnadshavare 1

Ort och datum	
Namn-teckning	Namn-förtydligande

Underskrift av vårdnadshavare 2

Ort och datum	
Namn-teckning	Namn-förtydligande