

**Uppgifter om sökande \***

Sökandes namn		Personnummer
Adress		Postadress
Telefon bostad	Telefon arbete	Telefon mobil
E-postadress		
Den funktionshindrades namn (om annan är sökande)		Personnummer
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Antal personer i hushållet Vuxna:	Under 18 år:

**Kontaktperson (i förekommande fall)**

Namn	Telefon	Telefon mobil
Roll vid ansökan <input type="checkbox"/> Ombud <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare <input type="checkbox"/> Biträde	Om biträde, vilken relation till sökande (anhörig, vän...)	

**Uppgifter om fastigheten som ska anpassas**

Småhus <input type="checkbox"/>	Flerbostadshus <input type="checkbox"/>	Fastighetsbeteckning	Byggnadsår	Inflyttningsdatum, år
Ansökan gäller <input type="checkbox"/> Ordinärt boende <input type="checkbox"/> Särskilt boende <input type="checkbox"/> Gruppboende			Står du i kö till annat boende? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Antal rum	Samt <input type="checkbox"/> Kök <input type="checkbox"/> kokvrå <input type="checkbox"/> badrum <input type="checkbox"/> dusch <input type="checkbox"/> extra toalett			Senaste ombyggnad år
Bostaden innehas <input type="checkbox"/> Med äganderätt <input type="checkbox"/> Med bostadsrätt <input type="checkbox"/> Med hyresrätt <input type="checkbox"/> Andra hand				Lägenhetsnummer
Fastighetsägare (om annan än sökande)				Telefonnummer
Adress			Postadress	

Har du tidigare sökt bostadsanpassning, 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, vilken adress	

**Funktionsnedsättning**

Funktionsnedsättning/diagnos
Förflyttningshjälpmedel <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Betastöd <input type="checkbox"/> Kryckkäpp/käpp

**Bidrag söks för följande åtgärder (om utrymmet inte räcker fortsätt på ett separat blad) \***


**Bifogade dokument**

<input type="checkbox"/> Intyg från sakkunnig (exempelvis arbetsterapeut, läkare, synpedagog) som styrker din funktionsnedsättning och behovet av anpassning. Intyg krävs för att ansökan ska kunna behandlas.
<input type="checkbox"/> Offert eller kostnadsberäkning
<input type="checkbox"/> Andra bifogade dokument

**Jag vill ha hjälp av Värnamo kommun med att**

<input type="checkbox"/> Kontakta min fastighetsägare för medgivande
<input type="checkbox"/> Ta in offert eller göra en kostnadsberäkning

**Medgivande och underskrift \***

Jag medger samtidigt att mitt ärende med personuppgifter får registreras av kommunen för diarium, handläggning och arkivering.

**Namnsteckning** \_\_\_\_\_

**Ansökan skickas till: Värnamo kommun, Miljö- och stadsbyggnadsförvaltningen, 331 83 Värnamo**

**\* Obligatoriska uppgifter.** Är personuppgifter, underskrift eller sökta åtgärder inte ifyllt återsändes ansökningsblanketten för komplettering vilket medför längre handläggningstid.

Postadress	Besöksadress	Telefon	Telefax	Postgiro
331 83 VÄRNAMO	Stadshuset	0370-377 00 vx	0370-377 200	10 63 80-9