

**1. Person med funktionsnedsättning**

Namn	Personnummer
Adress/Våningsplan	Postadress
Telefon	E-post (som läses regelbundet)
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	
Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Språk
Hjälpmedel <input type="checkbox"/> Elrullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Käpp	

2. Kontaktperson (Om annan än personen ovan)

Namn	Fullmakt finns att företräda funktionsnedsatt (underlag bifogas) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Adress	Postadress
Telefon	E-post (som läses regelbundet)
Relation <input type="checkbox"/> Make/Maka/Sambo <input type="checkbox"/> Anhörig <input type="checkbox"/> God man (Förordnande ska bifogas) <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Ombud (Fullmakt ska bifogas)	

3. Bostad som ska anpassas

Bostaden innehas med: <input type="checkbox"/> Äganderätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Hyresrätt (första hand) <input type="checkbox"/> Hyresrätt (andra hand) <input type="checkbox"/> Ägarlägenhet <input type="checkbox"/> Fritidsbostad <input type="checkbox"/> Särskilt boende/gruppboende <input type="checkbox"/> Boende genom socialtjänsten <input type="checkbox"/> Annat:				
Antal rum (inklusive kök)	Boendeyta i kvadratmeter	Antal våningsplan	Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Finns extra toalett? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Antal vuxna personer i hushållet	Antal personer under 18 år i hushållet	Inflyttningsdatum		
Lägenhetsnummer	Fastighetens byggår	Senast ombyggd, år		
Fastighetsbeteckning	Namn, fastighetsägare			
Adress, fastighetsägare	Postadress, fastighetsägare			

Tidigare bidrag

Har du tidigare sökt bostadsbidrag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, i annan bostad, adress:
--

Beskrivning av sökta åtgärder, problem i bostaden och motivering till ansökan
(beskrivning kan bifogas)

--

Bilagor som ska bifogas

- Bilaga 1**, Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att arbetena är nödvändiga med hänsyn till funktionsnedsättningen.
- Bilaga 2**, Fastighetsägares medgivande (använd gärna vår mall)
- Bilaga 3**, Nyttjanderättshavares medgivande (använd gärna vår mall)
- Bilaga 4**, Beskrivning av sökta åtgärder (Om åtgärder inte har fyllts i på blanketten)
- Bilaga 5**, Vid mer omfattande åtgärder: Ritning och teknisk beskrivning

Information

Om bifogat intyg inte tydligt styrker behovet av alla åtgärder kan ansökan behöva kompletteras innan beslut.

Personuppgifter Läs om hur Uddevalla kommun behandlar dina personuppgifter på uddevalla.se/personuppgifter.

Ansökan görs enligt SFS 2018:222

Godkännande

- Jag samtycker till att de uppgifter som krävs för att fatta beslut får hämtas från intygsskrivande läkare, arbetsterapeut eller fysioterapeut (Om du inte lämnat samtycke måste du själv bifoga de handlingar som krävs för att utreda din ansökan)
- Jag intygar att all information som fyllts i blanketten är riktig. Jag godkänner att uppgifter som lämnats i blanketten förs in i kommunens register. (Fylls i av den som är sökande)

Underskrift

Ort och datum

Underskrift sökanden

Blanketten skickas till

Adress: Samhällsbyggnad, Uddevalla kommun, 451 81 Uddevalla