

Datum

**1. Sökande**

Sökandens namn		Personnummer
Gatuadress	Portkod	Telefon hem
Postnummer och ort	Mantalskriven på adressen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Telefon arbete
Namn, personen med funktionsnedsättning (om annan än sökanden)		Personnummer
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Antal vuxna i hushållet	Antal under 18 år
Kontaktperson (i fyller i förekommande fall)		Telefon

**2. Bostad**

Fastighetsbeteckning	Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Byggnadsår
Fastighetsägare (om annan än sökanden)		Telefon
Gatuadress eller box	Postnummer och ort	
Bostaden är belägen i <input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus	Lägenhetsnummer	Inflyttningsdatum
Bostaden innehas <input type="checkbox"/> med äganderätt <input type="checkbox"/> med bostadsrätt <input type="checkbox"/> med hyresrätt <input type="checkbox"/> i andra hand		
Antal rum	<input type="checkbox"/> Kök <input type="checkbox"/> Kokvrå/Kokskåp <input type="checkbox"/> Badrum <input type="checkbox"/> Duschrum <input type="checkbox"/> Extra toalett	

**3. Bidrag**

Har du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag i denna bostad? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange år:
Har du tidigare sökt bostadsanpassning i annan bostad? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange adress:

**4. Funktionsnedsättning**

Funktionsnedsättningens art
Förflyttningshjälpmedel <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator/Deltastöd <input type="checkbox"/> Käpp <input type="checkbox"/> Anpassad bil

**5. Handlingar som bifogas denna ansökan**

<input type="checkbox"/> Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att arbetena är nödvändiga med hänsyn till funktionsnedsättningen.
<input type="checkbox"/> Kopia av anbud/offert eller kostnadsberäkning.
<input type="checkbox"/> Beskrivning av sökta åtgärder (ritningar, teknisk beskrivning).
<input type="checkbox"/> Annat:

## 6. Sökta åtgärder (om utrymmet inte räcker, skriv på ett separat papper)

Badrum:

Kök:

Övriga rum:

Utanför bostaden:

Kompletterande uppgifter:

## Behandling av personuppgifter

Socialnämnden behandlar dina personuppgifter i syfte att bedriva verksamhet som ger dig stöd och hjälp. Vi behandlar dina uppgifter och skyddar din integritet i enlighet med dataskyddsförordningen. Har du ytterligare frågor så ring vår växel 08-568 910 00 alternativt kontakta dataskydd@danderyd.se

## 7. Underskrift

\_\_\_\_\_  
Sökandens underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

Blanketten sänds till  
Danderyds kommun  
Socialkontoret  
Bostadsanpassningsbidrag  
Box 28  
182 11 DANDERYD

## 8. Fastighetsägarens medgivande (i fyller om sökanden inte äger fastigheten)

Hyresgästen/Bostadsrättshavaren får göra de ändringar för vilka bidrag söks.

Hyresgästen/Bostadsrättshavaren är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick.

Datum och underskrift