

Bostadsanpassningsbidrag

Marie Tranåker

Sarah Winroth

Ansökan

- Ansökan – kan göras muntligt eller skriftligt
- Kundtjänst kan hjälpa till
- En e-tjänst är planerad

Fullständig ansökan

- En ansökan är redo för handläggning när det finns:
 - Fullständigt ifylld ansökningsblankett
 - Intyg

Ansökningsblanketten



Ansökan
Bostadsanpassningsbidrag

Dnr: _____

Datum: _____

Har du frågor?
Gävle kommun
Livsmiljö Gävle
Bostadsanpassning
Telefon 026-17 80 00
bostadsanpassning@gavle.se

Skickas till:
Gävle kommun
Livsmiljö Gävle
Bostadsanpassning
801 84 Gävle

Sid 1 (3)

Ansvarig myndighet är Samhällsbyggnadsnämnden.

Handlingar som ska lämnas in till kommunen

- Ett exemplar av ansökan, fullständigt ifyllt.
- Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig.

1. Personuppgifter


För- och efternamn på den sökande (funktionsnedsatt)		Personnummer
För- och efternamn, vårdnadshavare 1 (när sökanden är minderårig)		Personnummer (vårdhavare 1)
För- och efternamn, vårdnadshavare 2 (när sökanden är minderårig)		Personnummer (vårdhavare 2)
Sökandens utdelningsadress		Lägenhetsnummer
Postnummer	Postort	Telefon-/moblilnummer
Sökandens e-postadress		

2. Kontaktperson (i förekommande fall)

För- och efternamn	Telefonnummer
E-postadress	

3. Bostad som ska anpassas

Adress (om annan än den sökandes utdelningsadress)		Bostad	Hiss (i flerbostadshus)
		<input type="checkbox"/> Enbostadshus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Inflyttningsår	Lägenhetsnummer	Antal rum	Våningsplan
Bostaden innehas:			
<input type="checkbox"/> Med äganderätt <input type="checkbox"/> Med bostadsrätt <input type="checkbox"/> Med hyresrätt <input type="checkbox"/> I andra hand			



Sid 2 (3)

Fastighetsägare	Fastighetsägare (om fler än en)
Nyttjanderättshavare (kontraktsinnehavare)	Nyttjanderättshavare (om fler än en)

4. Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättning	Förflyttningshjälpmedel
<input type="checkbox"/> Rörelsehinder <input type="checkbox"/> Kognitiv funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator
<input type="checkbox"/> Synnedsättning <input type="checkbox"/> Psykisk funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Käpp/krycka
<input type="checkbox"/> Allergi/astma <input type="checkbox"/> Annat: _____	<input type="checkbox"/> Annat: _____

Hjälpinsatser

<input type="checkbox"/> Hemtjänst <input type="checkbox"/> Personlig assistans <input type="checkbox"/> Annat: _____

5. Anpassningsåtgärder

Ange noga de åtgärder du ansöker om bidrag för. Skriv i punktform:

6. Underskrift

Datum	
Sökandes namnteckning	God man/förvaltare/ombuds namnteckning
Namnteckning vårdnadshavare 1	Namnteckning vårdnadshavare 2

Gävle kommun behandlar de personuppgifter du lämnar enligt EU:s dataskyddsförordning. Du kan ta del av den lagliga grunden för behandlingen av dina personuppgifter på www.gavle.se/dataskydd. Om du undrar över något kan du mejla till dataskyddsombud@gavle.se eller ringa 026-178000 och be om att få tala med ett dataskyddsombud.

Vanliga kompletteringar av ansökan

- Fullmakt
- Ansökta åtgärder
- Intyg

Frågor

- Krav på tre offerter
- Varför behöver den sökanden själv beskriva sina behov när det redan finns läkarintyg?
- Kan blanketten förenklas?

Tack!