

Ansökan om bostadsanpassningsbidrag

Genom att lämna information på denna blankett kommer dina personuppgifter att bli behandlade av Kävlinge kommun i enlighet med Dataskyddsförordningens krav. Syftet med att behandla dina personuppgifter är handläggning av bostadsanpassning och de kommer enbart att delas med behöriga inom Kävlinge kommun och hantverkare. Uppgifterna kommer att gallras enligt nämndens informationshanteringsplan. Har du frågor kring kommunens behandling av dina personuppgifter kan du kontakta sektor Omsorg i Kävlinge via omsorgsnamnden@kavlinge.se. Du har alltid rätt att få information om de behandlingar du deltar i, samt att rätta eventuella felaktigheter i uppgifterna. Läs mer om Kävlinge kommuns allmänna hantering av personuppgifter på www.kavlinge.se.

1. Personuppgifter	
Sökandens namn	Personnummer
Utdelningsadress	Telefon (även riktnr) arbete
Postnummer och postort	Telefon bostad/mobil
Den funktionshindrades namn (om annan än sökande)	Personnummer
Civilstånd	Antal personer i hushållet:
<input type="checkbox"/> Gift/Sambo	<input type="checkbox"/> Ensamstående
	Vuxna: Under 18 år:

2. Fastighet	
<input type="checkbox"/> Småhus	<input type="checkbox"/> Flerbostadshus
	<input type="checkbox"/> Särskilt boende (biståndsbeslut)
Byggår:	Inflyttningsdatum:
Antal rum.....samt <input type="checkbox"/> kök <input type="checkbox"/> kokvrå <input type="checkbox"/> kokskåp <input type="checkbox"/> badrum <input type="checkbox"/> duschrum <input type="checkbox"/> extra toalett	
Bostaden innehas:	
<input type="checkbox"/> med äganderätt	<input type="checkbox"/> med bostadsrätt
<input type="checkbox"/> med hyresrätt	<input type="checkbox"/> i andra hand
Fastighetsägare (om annan än sökanden)	Telefon (även riktnr)
Utdelningsadress (gata, box, etc.)	Postnummer och postort

3. Har du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag?	
I denna bostad	I annan bostad
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ange adress om bidrag erhållits/sökts i annan bostad.	

4. Funktionshinder
<p>.....</p> <p>.....</p>
Förflyttningshjälpmedel <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator/Deltastöd <input type="checkbox"/> Käpp

5. Sökta åtgärder
Om du söker för flera åtgärder placera dem under rubriker: badrum, kök, övrigt, utanför bostaden etc.
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

6. Biträde/Ombud/God man/Förvaltare anges i förekommande fall	
Namn	Telefon (även riktnr)

7. Underskrift (sökande)	
Ort och datum	Underskrift

Glöm inte att bifoga intyg från läkare/arbetsterapeut/sjukgymnast eller motsvarande.

Ansökan skickas till:

Kävlinge kommun
 Billingshäll
 Handläggare bostadsanpassning
 244 30 KÄVLINGE