

Upplysning: Handläggare bab 0278-251 98

ANSÖKAN OM

- bostadsanpassningsbidrag
 reparationsbidrag
 återställningsbidrag

Bifoga

- **Utlåtande** från arbetsterapeut/sakkunnig – som styrker funktionshinder och att åtgärd är nödvändig
- **Godkännande** från vårdnadshavare, om sökanden är under 18 år

Vid omfattande åtgärder:

- Kopia av 3 st. **offert / kostnadsberäkning** (behövs inte vid trösklar, stödhandtag o dyl.)

SKICKAS TILL

Bollnäs kommun
Miljö- och byggnämnden
821 80 Bollnäs

Sökande

Namn	Adress
Postnummer	Ort
Personnummer	Telefonnummer

Åtgärd

Vad söker du bidrag för (fortsätt gärna på baksidan)

Sökandens underskrift

Har tidigare fått bostadsanpassningsbidrag

I denna bostad Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> År:	I annan bostad Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Adress:
--	--

Ev. Kontaktperson (om annan än sökanden)

Namn	Telefonnummer
------	---------------

Fastighetsägare (om annan än sökanden)**Fastighet**

Namn	Beteckning och nummer
------	-----------------------

godkänner att åtgärd görs och intygar att ingen ersättning kommer krävas för återställning av anpassningen

Fastighetsägarens underskrift

Hyseskontraktssinnehavare

Namn

godkänner att åtgärd görs och intygar att ingen ersättning kommer krävas för återställning av anpassningen

Hyseskontraktssinnehavarens underskrift