

## ANSÖKAN OM BOSTADSANPASSNINGSBIDRAG

Sänds till  
Habo kommun  
Box 212  
566 24 HABO

Fylls i av tekniska förvaltningen

Datum	Diarienummer
Fastighetsbeteckning	

### Personuppgifter

Sökandens namn		Personnummer
Utdelningsadress (gata, box etc)		Telefon: arbetet
Postnummer och postort		Telefon bostaden
E-postadress		
Den funktionshindrades namn (om annan än sökanden)		Personnummer
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Antal personer i hushållet: vuxna	Under 18 år

### Bostad som ska anpassas

Adress			
<input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus	Lägenhetsnr	Byggnadsår	Senaste ombyggnaden, år
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		
Våningsplan .....	Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja från markplan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
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 sökande)			Telefon
Utdelningsadress (gata, box etc)		Postadress och postort	

### Bidrag

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
Om annan bostad: adress	

### Funktionshinder

Funktionshinder
Förflyttningshjälpmedel <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rullator/Deltastöd <input type="checkbox"/> Käpp <input type="checkbox"/> Annat

**OBS! namnunderskrift på nästa sida**

