

**Kommun:** Östhammar **Län:** C **Fastighet:**

**Sökandens namn:** **Personnummer:**

**Sökandens adress:** **Telefonnummer:**

Uppgifter om fastigheten:

Har tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag: ( ) ja ( ) nej

Fastighetsägare (om annan än sökanden):

Bostaden innehas med: ( ) äganderätt ( ) hyres- eller bostadsrätt

**UNDERTECKNAD GODKÄNNER ATT KOMMUNEN BISTÅR MED UPPHANDLING AV  
ERFORDERLIGA ÅTGÄRDER FÖR EN FULLGOD ANPASSNING AV BOSTADEN.**

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifter om faktiska förhållanden som lämnats i ansökan och därtill bifogade handlingar är sanningsenliga.

.....  
Namnteckning

Namnförtydligande

**Handlingar som skall bifogas ansökan:**

Intyg från arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig som styrker att åtgärderna är nödvändiga med hänsyn till handikappet eller funktionshindret.

## ANPASSINGSÅTGÄRDER

KÖK

BADRUM:

ÖVRIGT:

### **Fastighetsägarens medgivande**

(ifylles endast om sökanden inte äger fastigheten)

Hyresgästen/bostadsrättshavaren får vidtaga åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks.

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

Undertecknad är medveten om att hyran/avgiften inte får höjas på grund av de åtgärder som vidtagits.

Datum

Underskrift

.....

.....