

Datum

Handlingarna skickas till:

**Järfälla kommun
Bostadsanpassningen
177 80 Järfälla****Sökande / Person med funktionsnedsättning ***

Personnummer	Namn	
Adress	Postnummer	Ort
Telefon	Mobiltelefon	E-postadress

Kontaktperson

Namn	Telefon	E-postadress
Adress	Postnummer	Ort
Relation	Fullmakt för kontaktpersonen att företräda den funktionsnedsatte finns <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Huset, bostaden, övrigt*

Bostaden ligger i <input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Småhus	Bostaden innehas med <input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Äganderätt	Typ av bostad <input type="checkbox"/> Ordinärt boende <input type="checkbox"/> Särskilt boende		
Fastighetsbeteckning	Ägare	Ägare, telefon		

Jag söker bidrag för reparation, besiktning eller underhåll av följande utrustning*

OBSERVERA! Sökt utrustning ska vara installerad med stöd av bostadsanpassningsbidrag.

--

Sökandes underskrift*

Namn	Sökt bidragsbelopp
------	--------------------

Medgivande till registrering - underskrifter*

Jag medger att mina personuppgifter som lämnats i denna ansökan och eventuella bilagor registreras i kommunens system för bostadsanpassningsbidrag. Jag är medveten om att jag när som helst kan begära att få se ett utdrag på de uppgifter som finns beträffande mig, få felaktigheter i dessa rättade samt få uppgifterna borttagna.

.....
Funktionsnedsatt/Sökande.....
Sökande/Vårdnadshavare.....
Kontaktperson

(*) Obligatorisk uppgift