



Introduktion

Du som har en bestående funktionsnedsättning kan efter utredning beviljas bidrag. Bidraget ges med stöd av SFS 1992:1574

Uppgifter som du behöver komplettera ansökan med:

Intyg från arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig som styrker att sökta åtgärder är nödvändiga

Om du väljer att fylla i en papperskopia och skriva under ska den skickas till:

Lidingö stad

Omsorgs- och socialförvaltningen

181 82 Lidingö

För att starta formuläret vänligen tryck på knappen 'Framåt'.

Sökande

Personnummer	Gatuadress *	Telefonnummer
Förnamn *	Postnummer *	Mobiltelefonnummer
Efternamn *	Ort *	Mejladress
Antal barn under 18 år		
Civilstånd (Endast ett val)		
<input type="checkbox"/>	Gift/Sambo	
<input type="checkbox"/>	Ensamboende	

Annan sökande

Om personen med funktionsnedsättning är annan än sökanden

Personnummer	Förnamn	Efternamn



Funktionsnedsättning

Beskriv aktuell funktionsnedsättning och behov av hjälpmedel *			
Eldriven rullstol	Manuell rullstol	Käpp	Rollator/deltastöd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beskriv vilka åtgärder du ansöker om: (ett av fälten måste fyllas i)			
Kök	Badrum		
Utanför bostaden	Övrigt		
Har du/ni tidigare ansökt om bostadsanpassningsbidrag * (Endast ett val)			
<input type="checkbox"/> Ja			
<input type="checkbox"/> Nej			
Årtal för tidigare ansökan		Adress som ansökan gällde	

Kontaktperson

Kontaktperson för sökanden om sådan finns:			
Förnamn	Efternamn	Telefonnummer	Mejladress

Boendeform

Boendeform * (Endast ett val)	Inflyttningsår
<input type="checkbox"/> äganderätt	
<input type="checkbox"/> bostadsrätt	
<input type="checkbox"/> hyresrätt	
<input type="checkbox"/> i andra hand	



Småhus <input type="checkbox"/>	Flerbostadshus <input type="checkbox"/>
Lägenhetsnr	Antal rum *
Typ av våtrum * (Endast ett val)	
<input type="checkbox"/> Badrum	
<input type="checkbox"/> Dusch	
<input type="checkbox"/> Extra toa	
Finns det hiss i fastigheten * (Endast ett val)	
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nej	

Fastighet

Fastighetsägare	Kontaktperson	Fastighetsbeteckning
Byggnadsår	Gatuadress	Postnummer
Ort	Telefonnummer	Senaste ombyggnadsår

Bilagor

Om du har något av dokumenten nedan får du gärna bifoga dessa. (Endast pdf-filer är godkända)

- * OBS! Om du är God man eller fullmaktsinnehavare måste kopia på fullmakten bifogas
- * Intyg från till exempel arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig som styrker att sökta åtgärder är nödvändiga.
- * Offert på åtgärderna.
- * Om bostadsanpassningen är omfattande kan i vissa fall plan- och uppställningsritning, ritning på bostaden före och efter ändrad planlösning, bygglov och/eller bygganmälan krävas.



LIDINGÖ STAD Ansökan om bostadsanpassningsbidrag

Filen laddas upp när du trycker på [Ladda upp fil]. Detta kan ta tid, beroende på hur stor filen är och hur snabb uppkoppling ni har.

Var god skriv ner namnen eller annan identifikation och beskrivning av de bifogade filer som skickas med ansökan.

Bilagans Namn/ID-nummer	Beskrivning av bilaga



Underskrift

Datum och ort

Signatur

Namnförtydligande