



## Ansökan om bostadsanpassningsbidrag

### Handlingar som förutom denna blankett skall lämnas till kommunen:

- Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att åtgärderna är nödvändiga med hänsyn till funktionsnedsättningen.
- Medgivande från samtliga ägare och, i förekommande fall, nyttjanderättshavare att anpassningsåtgärderna får vidtas. (Gäller då annan än sökanden helt eller delvis äger bostaden eller innehar den med hyres- eller bostadsrätt. Medgivandeblanketter kan rekvideras från kommunen.)

### Person med funktionsnedsättning \*

Personnummer	Namn		
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vilket språk	

### Sökande \*

Namn	Telefon	E-postadress
Adress	Postnummer	Ort

### Kontaktperson/Annan än sökande

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

### Fastighet/Ägare

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	Botyp <input type="checkbox"/> Ordinärt boende <input type="checkbox"/> Särskilt boende	Bor på våning	Byggår
Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Tidigareerhållet bostadsanpassningsbidrag i denna bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bidrag i annan bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Inflytt.datum/år i denna bostad*	
Fastighetsbeteckning	Ägare, namn		Ägare, telefon	



**Problemet i min bostad / Motivet till min ansökan**

(Om utrymmet inte räcker – fortsatt på baksidan eller i särskild bilaga)

**Jag söker bidrag till anpassning av min bostad med följande åtgärder \***

OBSERVERA! Att om bifogat intyg inte uttryckligen styrker behovet av alla åtgärder kan ansökan behöva kompletteras innan beslut. (Om utrymmet inte räcker – fortsatt på baksidan eller i särskild bilaga)

**Sökandes underskrift**

Namn*	Datum*
-------	--------

**Underskrift för den som företräder sökande**

..... Förmyndare	..... Vårdnadshavare	..... Kontaktperson
---------------------	-------------------------	------------------------

(\*) Obligatorisk uppgift

*Handlingarna skickas till:*

**Arvidsjaur kommun  
Bostadsanpassningen  
933 81 ARVIDSJAUR**

**Hantering av personuppgifter**

Vi behöver ovanstående personuppgifter för att kunna hantera ditt/ert ärende. I detta fall behandlar vi personuppgifterna med stöd av myndighetsutövning. Hur vi behandlar och skyddar uppgifterna regleras av EUs dataskyddsförordning och den svenska dataskyddslagen.

De personuppgifter vi behandlar om dig/er delas i vissa fall med fastighetsägare och med leverantörer av datasystem (så kallade personuppgiftsbiträden) som vi använder. Om personuppgiftsbiträden överför personuppgifter till ett land utanför EU så är de skyldiga att se till att uppgifterna skyddas enligt EUs regler.

Dina personuppgifter sparas så länge kommunen sköter ditt/ert ärende. Personuppgiftsansvarig är Kommunstyrelsen. Du/ni kontaktar Samhällsbyggnadschef Åsa Andersson, asa.andersson@arvidsjaur.se, 0960-157 89 om du/ni vill rätta, flytta eller radera uppgifter; tror att vi behandlat personuppgifterna fel; vill invända mot, begränsa eller ha ut mer information om behandlingen. Du/ni kan också kontakta vårt dataskyddsbud med frågor. Kontaktuppgifter: dataskyddsbud@arvidsjaur.se eller Dataskyddsbudet, Arvidsjaur kommun, 933 81 Arvidsjaur.

Vänd dig/er till Datainspektionen om du/ni har klagomål på kommunens behandling av personuppgifter.