



Sänds till  
Dorotea kommun  
Miljö- och byggnadsnämnden  
917 81 Dorotea  
Tel: 0942 – 140 00

### 1. Personuppgifter

|                                                                                   |              |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| Sökandens förnamn                                                                 | Efternamn    | Personnummer |
| Adress där bidrag söks                                                            | Våningsplan  |              |
| Postnummer och postort                                                            | Portkod      |              |
| Fastighetsbeteckning                                                              | Telefon      |              |
| Förnamn och efternamn på personen med funktionsnedsättning (om annan än sökanden) | Personnummer |              |

### 2. Nuvarande adress om annan än den där bidrag söks

|        |                        |
|--------|------------------------|
| Adress | Postnummer och postort |
|--------|------------------------|

### 3. Kontaktperson Ifylls i förekommande fall

|                           |                       |
|---------------------------|-----------------------|
| Namn (förnamn, efternamn) | Telefon (även riktnr) |
| E-postadress              |                       |

☐ Jag vill att skriftlig information och beslut skickas till min kontaktperson enligt ovan

### 4. Funktionsnedsättning

|                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Funktionsnedsättning                                                                                                                                 |
| Förflyttningshjälpmedel                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Käpp |

### 5. Fastighet

|                                                                                                                                                                                |                        |        |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus                                                                                                        | Lägenhetsnummer        | Byggår | Inflyttningsår |
| Antal rum samt <input type="checkbox"/> Kök/Kokvrå <input type="checkbox"/> Badrum <input type="checkbox"/> Duschrum <input type="checkbox"/> Extra toalett                    |                        |        |                |
| Bostaden innehas <input type="checkbox"/> med äganderätt <input type="checkbox"/> med bostadsrätt <input type="checkbox"/> med hyresrätt <input type="checkbox"/> i andra hand |                        |        |                |
| Fastighetsägare / Förvaltningsbolag                                                                                                                                            | Telefon (även riktnr)  |        |                |
| Adress                                                                                                                                                                         | Postnummer och postort |        |                |
| E-postadress                                                                                                                                                                   |                        |        |                |

## 6. Bidrag söks för följande anpassningsåtgärder

Kök:

Badrum:

Övrigt:

Utanför lägenheten / bostaden:

## 7. Fastighetsägarens medgivande – fylls i av fastighetsägare

Hyresgästen/bostadsrättshavaren får utföra de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks.

Den genom anpassning uppnådda funktionen bibehålls så länge personen med bestående funktionsnedsättning bor kvar.

Hyresgästen/bostadsrättshavaren är inte skyldig att återställa utförd bostadsanpassning.

Under vissa förutsättningar kan återställningsbidrag lämnas till ägare av hyreshus och bostadsrättshus. Återställningsbidraget regleras i lagen (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m.

|         |                   |
|---------|-------------------|
|         | Datum             |
| Adress  | Namnteckning      |
| Telefon | Namnförtydligande |
| E-post  | Titel/Funktion    |

## 8. Bifogade handlingar:

☐ medicinskt intyg som styrker funktionsnedsättning

☐ annat:

## 9. Underskrift

|       |              |                                                        |
|-------|--------------|--------------------------------------------------------|
| Datum | Namnteckning | <input type="checkbox"/> God man/ Ekonomisk förvaltare |
|       |              | Telefon (dagtid)                                       |

**Bostadsanpassningsbidraget regleras i lagen (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m. och Boverkets föreskrifter (1992:46)**

Vi behandlar dina personuppgifter enligt dataskyddsförordningen, GDPR. Läs mer på [www.dorotea.se/dataskydd](http://www.dorotea.se/dataskydd)