



Handlingarna skickas till:  
**Jokkmokks Kommun**  
**Västra Torggatan 11**  
**962 32 Jokkmokk**

Handlingar som förutom denna blankett skall lämnas till kommunen:  
 - Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att arbetena är nödvändiga med hänsyn till funktionsnedsättningen.  
 - Vid mer omfattande åtgärder kan ritning och teknisk beskrivning behövas, samt offert eller kostnadsberäkning.  
 - Ägarmedgivande om det är fler delägare till din fastighet, bor du i hyreshus behövs hyresvärdens medgivande eller bor du i bostadsrättshus behövs bostadsrättsföreningens medgivande.

**Person med funktionsnedsättning**

Personnummer *	Namn *	Funktionsnedsättning *
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Hjälpmedel <input type="checkbox"/> Elrullstol <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Käpp	Annat hjälpmedel

**Sökande**

Namn *	Telefon *	E-postadress
Adress *	Postnummer *	Ort *

**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	Botyp <input type="checkbox"/> Ordinärt boende <input type="checkbox"/> Särskilt boende	Bor på våning	Byggår
Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Tidigare erhållit 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 *	

**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 – fortsätt på baksidan eller i särskild bilaga)

\*

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

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

**Fastighet**

Fastighetsbeteckning	Ägare, namn	Ägare, telefon
----------------------	-------------	----------------

**Fastighetsägarens medgivande** (Undertecknas endast om sökanden inte äger fastigheten)

Hyresgästen/Bostadsrättshavaren får vidtaga de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks och är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick vad avser dessa åtgärder.

Datum	Underskrift/Namnförtydligande
-------	-------------------------------

**Sökandens underskrift**

Jag medger samtidigt att mina personuppgifter registreras i kommunens datasystem för bostadsanpassningsärenden

**Sökt bidragsbelopp**  
(Frivillig uppgift)

Namn-teckning

Kronor

(\*) Obligatorisk uppgift