

Handlingarna skickas till:

**Bostadsanpassningen**  
**177 80 Järfälla**Handlingar som förutom denna blankett skall lämnas till  
Järfälla kommun:

- Kvitto på betald reparation/ kopia på faktura

**Sökande (Personen med funktionsnedsättningen) \***

Personnummer	Namn	
Adress	Postnummer	Ort
Telefon	Mobiltelefon	E-postadress

**Kontaktperson (om någon annan ska sköta ditt ärende)**

Namn	Telefon	E-postadress
Adress	Postnummer	Ort
Relation <input type="checkbox"/> Närstående _____ <input type="checkbox"/> Ombud <input type="checkbox"/> God man eller förvaltare		
Jag godkänner att ovanstående kontaktperson får företräda mig i detta ärende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

**Bostaden\***

Bostaden ligger i <input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Småhus	Bostaden innehas med <input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Äganderätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt	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\***

Jag beviljades bostadsanpassningsbidrag för utrusningen År:		Sökt bidragsbelopp (om kostnaden är känd)
--	--	---

**Jag vill att beviljat bidrag sätts in på följande konto**

Bank	Clearing nr	Konto nr
------	-------------	----------

**Underskrift av sökanden\***

Ort och datum	Namnsteckning
---------------	---------------

**Underskrift av vårdnadshavare (om ansökan gäller person under 18 år)**

Namnsteckning vårdnadshavare 1	Ort och datum
Namnsteckning vårdnadshavare 2	Ort och datum

(\*) Obligatorisk uppgift