

Handlingarna skickas till:
Bostadsanpassningen
177 64 Järfälla

Handlingar som skall lämnas till kommunen:
 - ett exemplar av ansökan, fullständigt ifylld
 - intyg av arbetsterapeut eller annan sakkunnig.

Sökande (Personen med funktionsnedsättningen) *

Personnummer	Namn	
Adress	Postnummer	Ort
Telefon	Mobiltelefon	E-postadress
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/sambo <input type="checkbox"/> Ensamboende <input type="checkbox"/> Barn	Antal personer i hushållet Vuxna: Under 18 år:	

Kontaktperson (om någon annan ska sköta ditt ärende)

Namn	Telefon	E-postadress
Adress	Postnummer	Ort
Relation <input type="checkbox"/> Närstående _____ <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <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		

Bostad (som ska anpassas)*

Fastighetsbeteckning		Byggår		
Fastighetsägare (om annat än sökanden)		Telefon		
Innehavare av bostadsrätt/hyreskontrakt		Telefon		
Bostaden ligger i <input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Småhus	Antal rum	Våningsplan	Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Inflyttning år
Bostaden innehas med <input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Äganderätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Andrahandskontrakt <input type="checkbox"/> Beviljad enligt LSS eller SoL				



Jag söker bidrag till anpassning med följande åtgärder* (behöver du mer utrymme – skriv på annat papper)

Medgivande till handläggare*

Handläggare får kontakta arbetsterapeut, läkare eller annan som har kännedom om min funktionsnedsättning

Ja Nej

Önskemål om hjälp

Ta in offert eller kostnadsberäkning

Ja Nej

Underskrift av sökanden*

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

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

Ort och datum	Namnteckning vårdnadshavare 1	Namnförtydligande
Ort och datum	Namnteckning vårdnadshavare 2	Namnförtydligande

(*) Obligatorisk uppgift

De personuppgifter som lämnats i denna ansökan och eventuella bilagor registreras och behandlas enligt reglerna i dataskyddsförordningen (GDPR). Genom ansökan medger du att informationen du lämnar får lagras och behandlas. Du har rätt att begära utdrag på de personuppgifter som finns beträffande dig samt få felaktigheter i dessa rättade. För information om hur socialförvaltningen behandlar dina personuppgifter, se www.jarfalla.se/dataskyddsoc.