

Sänds till
Tingsryds kommun
Socialnämnden
Box 99
362 22 TINGSRYD

Personuppgifter

Sökandens namn		Personnummer
Utdelningsadress		Telefon (även riktnr) bostaden
Postnummer och postort		Telefon (även riktnr) arbetet
Den funktionshindrades namn (om annan än sökanden)		Personnummer
Civilstånd	Antal personer i hushållet: vuxna	under 16 år
Gift/Sambo	Ensamstående	

Fastighet

Fastighetsbeteckning				
Småhus	Flerbostadshus	Lägenhetsnr	Byggnadsår	Senaste ombyggnad, år
Antal rum	samt	kök	kokvrå	badrum
				duschrum
				extra toalett
bostaden innehas	med äganderätt	med bostadsrätt	med hyresrätt	i andra hand
Fastighetsägare (om annan än sökanden)				Telefon (även riktnr)
Utdelningsadress (gata, box etc)			Postnummer och postort	

Bidrag

Har du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag: i denna bostad	i annan bostad
Ja Nej	Ja Nej
Om annan bostad adress:	

Funktionshinder

Funktionshindret				
Förflyttningsmedel	Eldriven rullstol	Manuell rullstol	Rollator	Käpp

Sökta åtgärder ska anges nedan.

Kontaktperson

ifylls i förekommande fall

Namn	Telefon (även riktnr)
------	-----------------------

Underskrift

Namn

Jag är medveten om och samtycker till att uppgifterna i denna ansökan kommer att registreras på datamedia hos socialförvaltningen i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen.

