



**Skickas till:**

Karlskoga kommun  
Samhällsbyggnadsförvaltningen 13  
691 83 Karlskoga  
[bostadsanpassning@karlskoga.se](mailto:bostadsanpassning@karlskoga.se)  
OBS. Märk kuvertet "BAB"

**Handlingar som skall inlämnas till kommunen:**

- 1 ex av ansökan, komplett ifylld.
- Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att sökta åtgärder är nödvändiga med hänsyn till funktionsnedsättning.
- Eventuell kopia av anbud/offert eller kostnadsberäkning på sökt åtgärd.

Diarienummer
Fylls i av kommunens handläggare

**1. Personuppgifter**

För- och efternamn på person som är funktionsnedsatt (Sökande)		Personnummer:
För- och efternamn (Vårdnadshavare 1, när sökande är minderårig)		Personnummer:
För- och efternamn (Vårdnadshavare 2, när sökande är minderårig)		Personnummer:
Utdelningsadress:		Postnummer och ort
Sökandes e-postadress	Sökandes telefonnummer	Sökandes mobilnummer
Funktionsnedsättning	Förflyttningshjälpmedel <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> manuell rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Annat:	

**2. Kontaktperson (ifylls i förekommande fall)**

För- och efternamn:	Telefon dagtid:	Mobiltelefon
Roll vid ansökan <input type="checkbox"/> Biträde <input type="checkbox"/> Ombud <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare	E-postadress	

**3. Bostad som ska anpassas**

Adress (om annan än sökandes utdelningsadress)		Lägenhetsnummer:	Fastighetsbeteckning:
Inflyttningsdatum	Boendet innehas med: <input type="checkbox"/> Äganderätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> I andra hand		
Bostad beviljad enligt <input type="checkbox"/> LSS <input type="checkbox"/> SoL	Antal rum: _____ rum och kök	Boarea: _____ m <sup>2</sup>	Hiss: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Antal personer i hushållet (folkbokförda): Vuxna: _____ Under 18 år: _____		Hustyp: <input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Småhus	
Har tidigare erhållit bostadsanpassning: <input type="checkbox"/> Ja, i min nuvarande bostad <input type="checkbox"/> Ja, i annan bostad <input type="checkbox"/> Nej		Om annan bostad, adress:	



**4. Anpassningsåtgärder som bidrag söks för**  
(*exempelvis bredare dörrar, hissanordningar eller ramper*)


**5. Fastighetsägarens medgivande** (Fylls i om det finns annan eller flera ägare av bostaden)

Medgivande innebär att sökande får utföra de åtgärder för vilket bostadsanpassningsbidrag söks för. Medgivande innebär också att samtliga ägare har utfäst sig att inte kräva ersättning av sökanden eller nyttjanderättshavare för att återställa anpassningsåtgärderna. Medgivande är en förutsättning för att bostadsanpassningsbidrag ska kunna beviljas. Se 10 §, lagen (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag m.m. (Vid fler ägare av fastigheten lämnas en separat bilaga).

Under vissa förutsättningar kan återställningsbidrag lämnas till ägare av hyreshus samt till bostadsrättsförening. Se 12-14 §, lagen (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag m.m.

Fastighetsägare (Namn/företagsnamn)		E-post		
Godkänner <input type="checkbox"/>	Godkänner ej <input type="checkbox"/>	Datum:	Underskrift (behörig att teckna medgivande)	Telefon:

**6. Nyttjanderättshavare medgivande** (Fylls i om fler personer står på kontraktet)

Medgivande innebär att sökande får utföra de åtgärder för vilket bostadsanpassningsbidrag söks för. Detta enligt lagen (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag m.m. en av förutsättningarna för att bostadsanpassningsbidrag ska kunna beviljas. (Vid fler nyttjanderättshavare lämnas bilaga)

Nyttjanderättshavare (textas)		E-post		
Godkänner <input type="checkbox"/>	Godkänner ej <input type="checkbox"/>	Datum:	Underskrift	Telefon:



### 7. Samtycke/medgivande

Jag samtycker till att handläggare för bostadsanpassningsbidrag med anledning av frågor eller kompletterande information får ta kontakt med läkare, arbetsterapeut eller annan sakkunnig som har kännedom om min funktionsnedsättning.

Ja

Nej

### 8. Övriga upplysningar

### 9. Underskrift

Datum	Namnteckning (sökande)	Namnförtydligan
Datum	Namnteckning (vårdnadshavare 1)	Namnteckning (Vårdnadshavare 2)

### Personuppgifter enligt dataskyddsförordningen (GDPR)

Vi behöver spara och behandla personuppgifter om dig, så som namn, adress, mobilnummer, personnummer, e-post och fastighetsadress. Syftet med en sådan behandling är för att kunna dokumentera din ansökan. Du har rätt att kontakta oss om du vill ha ut information om de uppgifter vi har om dig, för att begära rättelse, överföring eller för att begära att vi begränsar behandlingen, för att göra invändningar eller begära radering av dina uppgifter. Detta gör du enklast genom att kontakta oss på adressen nedan. Du når vårt dataskyddsombud på [dataskyddsombud@degerfors.se](mailto:dataskyddsombud@degerfors.se). Om du har klagomål på vår behandling av dina personuppgifter har du rätt att inge klagomål till Datainspektionen (tillsynsmyndighet). Personuppgiftsansvarig är Samhällsbyggnadsnämnden som du kan kontakta på [myndighetsnamnd@karlskoga.se](mailto:myndighetsnamnd@karlskoga.se).



## Så här fyller du i blanketten – Ansökan om bostadsanpassningsbidrag

### 1. Personuppgifter

Den som har funktionsnedsättningen ska alltid stå som sökande, gäller även minderårig. Uppgifter om samtliga vårdnadshavare till minderårig med funktionsnedsättning ska alltid fyllas i. Funktionsnedsättning: Här fyller du i vilken eller vilka funktionsnedsättningar du har, samt eventuella förflyttningshjälpmedel.

### 2. Kontaktperson

Fylls i om annan person än sökande själv ska kontaktas under handläggningen. Kontaktperson är obligatoriskt om inte den sökande kan föra sin egen talan i ärendet. En kontaktperson kan ha olika roller vid en ansökan:

- Biträde hjälper sökande i kontakterna med handläggaren, men har inte fullmakt att vidta rättshandlingar för den sökande. Utskick görs till den sökande.
- Ombud är en person som har fullmakt att vidta rättshandlingar för den sökande. Utskick görs till ombudet. Fullmakt ska bifogas ansökan.
- God man/Förvaltare företräder sökanden i alla kontakter med enheten för bostadsanpassningsbidrag och för dennes talan. Utskick görs till god man/förvaltare. Förordnandet ska bifogas ansökan.

### 3. Bostad som ska anpassas

Här fyller du i information om den bostad som anpassningen ska utföras i.

### 4. Anpassningsåtgärder som du vill söka bidrag för

Ange alltid vilka åtgärder du vill söka bidrag för på blanketten eller i en bilaga. Om anpassningsåtgärder inte har angivits återsänds ansökan för komplettering eller avskrivs. Behovet av sökta åtgärder ska styrkas med intyg från arbetsterapeut eller annan sakkunnig.

### 5. Fastighetsägarens medgivande

För att bidrag ska kunna beviljas måste alla ägare av fastigheten godkänna de anpassningsåtgärder du söker bidrag för. Vid fler än en ägare kan du upprätta en separat bilaga för underskrifter.

### 6. Nyttjanderättshavare medgivande

Om någon annan än du står på hyreskontraktet till hyresrätten eller på köpeavtalet till bostadsrätten, ska detta fyllas i under 6. Vid fler än en nyttjanderättshavare kan du upprätta en separat bilaga för underskrifter.

### 7. Samtycke/medgivande till bostadsanpassningsenheten

Här lämnar du ditt medgivande till att handläggaren för bostadsanpassningsbidrag får kontakta er arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig.

### 8. Övriga upplysningar

Här kan du skriva sådant som du vill upplysa handläggaren om och som inte framgår på annat ställe i blanketten.

### 9. Sökandens underskrift

Ansökan ska alltid skrivas under av sökanden eller av person med fullmakt att underteckna för sökandes räkning. Om sökande är minderårig ska ansökan skrivas under av samtliga vårdnadshavare.

För mer information: [www.karlskoga.se/Stod--omsorg/Funktionsnedsattning/Bostadsanpassning](http://www.karlskoga.se/Stod--omsorg/Funktionsnedsattning/Bostadsanpassning).