

## ANSÖKAN OM BOSTADSANPASSNINGSBIDRAG

Information om behandling av personuppgifter. De personuppgifter du lämnar kommer att registreras hos äldrenämnden som är personuppgiftsansvarig. Uppgifterna behövs för att Karlskrona kommun ska kunna handlägga ärendet och kan komma att användas i förnyad kontakt i ärendet. Du har rätt att en gång per år, efter skriftlig ansökan, få veta vilka uppgifter om dig som finns registrerade. Efter begäran ska felaktiga eller ofullständiga uppgifter rättas, blockeras eller utplånas. När ditt ärende handläggs behandlas dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen, även kallad GDPR (General Data Protection Regulation).

När flyttade du in i bostaden, år och månad	Datum för ansökan	Diarienummer (fylls i av handläggare)
Fastighetsbeteckning		

### Personuppgifter sökande

Sökande	Telefon	Personnummer
Adress		Postadress
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Antal personer i hushållet, vuxna	Under 18 år
Har du tidigare sökt om bostadsanpassningsbidrag i denna bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag i annan bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

### Fastighet

<input type="checkbox"/> Småhus	<input type="checkbox"/> Flerbostadshus	Lägenhetsnummer	Byggnadsår	Senast ombyggnad år
Antal rum	Samt <input type="checkbox"/> Kök <input type="checkbox"/> Kokvrå <input type="checkbox"/> Kokskåp <input type="checkbox"/> Badrum <input type="checkbox"/> Duschrum <input type="checkbox"/> Extra toalett			
Bostaden innehas <input type="checkbox"/> med äganderätt <input type="checkbox"/> med bostadsrätt <input type="checkbox"/> med hyresrätt <input type="checkbox"/> I andra hand				
Fastighetsägare (om annan än sökande)			Telefon (även riktnummer)	

### Funktionsnedsättning (fortsätt på baksidan eller särskilt blad)

Beskriv din funktionsnedsättning
----------------------------------

### Sökta åtgärder (fortsätt på baksidan eller särskilt blad)

Om du söker flera åtgärder placera dem under rubriker (badrum, kök, övrigt, utanför bostaden etc.)
--

### Medgivande till kontakt med sakkunnig

Bostadsanpassningshandläggare får kontakta den arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig som skrivit de intyg jag bifogat min ansökan. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
---

### Kommunikation

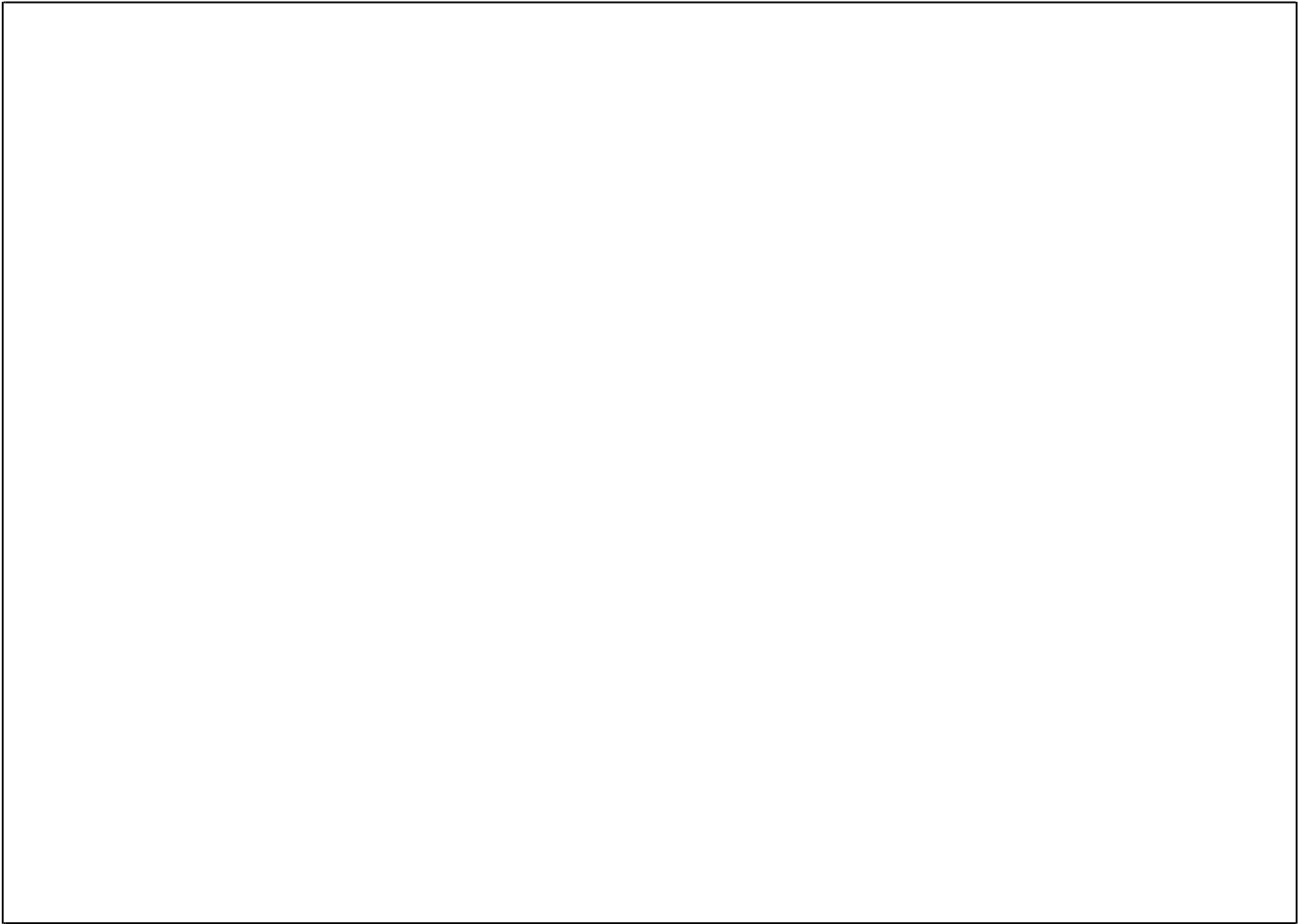
Godkänner du/ni kommunikation via e-post <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	E-postadress
--	--------------

### Kontaktperson (fylls i då behov finns)

Namn	Relation till den sökande	Telefon (även riktnummer)
------	---------------------------	---------------------------

### Underskrift

Namnsteckning	Namnförtydligande
---------------	-------------------

**Sökta åtgärder, fortsättning****Postadress**

Bostadsanpassning  
Karlskrona kommun  
Äldreförvaltningen  
371 83 KARLSKRONA

**Besöksadress**

Kungsmarksvägen 73-75

**Telefon**

0455-30 30 00

**E-postadress**

aldreforvaltningen@karlskrona.se

**Internetadress**

[www.karlskrona.se](http://www.karlskrona.se)