



Ansökan skickas till:
Socialförvaltningen
Lilla Edets kommun
463 80 Lilla Edet

Personuppgifter:

Sökandens namn		Personnummer	
Utdelningsadress		Telefon, arbetet	
Postnummer och postort		Telefon, bostaden	
Den funktionshindrades namn (om annan än sökanden)		Personnummer	
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående		Antal personer i hushållet Vuxna: st Under 18 år: st	
Fastighet			
<input type="checkbox"/> Småhus <input type="checkbox"/> Flerbostadshus		Lägenhetsnr	Byggnadsår
Senaste ombyggnad år			
Antal rum samt <input type="checkbox"/> Kök <input type="checkbox"/> Kokvrå <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			
Fastighetsbeteckning			
Fastighetsägare (om annan än sökanden)			Telefon
Utdelningsadress (gata, box, etc)		Postnummer och postort	

Bidrag

Har du tidigare sökt bostadsanpassningsbidrag?	
I denna bostad: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	I annan bostad: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om annan bostad, fyll i adress	

Funktionshinder

Beskriv funktionshindret			
<input type="checkbox"/> Eldriven rullstol	<input type="checkbox"/> Manuell rullstol	<input type="checkbox"/> Rollator/Deltastöd	<input type="checkbox"/> Käpp

Sökta åtgärder (om utrymmet inte räcker så fortsätt på nästa sida)

Om du söker flera åtgärder placera dem under rubriker, badrum, kök, övrigt, utanför bostaden, etc.	
Kontaktperson	
Namn	Telefon (även riktnummer)
Ort och datum	
Namnunderskrift	Namnförtydligande

Sökta åtgärder (fortsättning från föregående sida)