

Sänds till:

Socialnämnden

Ljungby kommun

341 83 LJUNGBY

Alternativt: lämnas på adress **Södra Torggatan 1**

Personuppgifter

Sökanden namn		Personnummer
Utdelningsadress (gata, box etc)		Telefon (även riktnr): arbetet
Postnummer och postort		Telefon (även riktnr): bostaden
Den funktionshindrades namn (om annan än sökanden)		Personnummer
Civilstånd	Antal personer i hushållet: vuxna	under 18 år
<input type="checkbox"/> Gift/Sambo	<input type="checkbox"/> Ensamstående	

Fastighet

Fastighetsbeteckning			
<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"/> kokskåp	<input type="checkbox"/> badrum
	<input type="checkbox"/> duschrum	<input type="checkbox"/> extra toalett	
Bostaden innehåser			
<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 sökanden)			Telefon (även riktnr)
Utdelningsadress (gata,box etc)		Postnummer och postort	

Bidrag

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

Funktionshinder

Funktionshindret			
Förflyttningshjälpmedel			
<input type="checkbox"/> Eldriven rullstol	<input type="checkbox"/> Manuell rullstol	<input type="checkbox"/> Rollator/Deltastöd	<input type="checkbox"/> Käpp

Sökta åtgärder ska anges på baksidan!

Kontaktperson

Ifylls i förekommande fall

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

Underskrift

Namnsteckning

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.

