



| | | | |
|--|-------------|---|--|
| HANDLINGAR SOM SKALL LÄMNAS TILL KOMMUNEN: <ul style="list-style-type: none">• 1 EX AV ANSÖKAN SAMT• 1 EX AV INTYG OCH ÅTGÄRDSFÖRSLAG FRÅN T.EX. ARBETSTERAPEUT ELLER LÄKARE. | | ANSÖKAN INSÄNDES TILL: SÖLVESBORGS KOMMUN BOSTADSANPASSNINGEN STADSARKITEKTAVDELNINGEN 294 80 SÖLVESBORG | |
| Namn: | | Fastighetsbeteckning: | |
| Adress: | | Personnummer: | |
| Postnummer: | Postadress: | Tel dagtid: | |
| <p>Härmed ansöker jag om bostadsanpassningsbidrag i enlighet med bilagt åtgärdsprogram. Jag försäkrar på heder och samvete att de uppgifter om faktiska förhållanden som lämnats i denna ansökan och därtill bifogade handlingar är sanningsenliga.</p> <p>Ort: Datum:</p> <p>Sökandens underskrift:</p> | | | |
| <p>Fastighetsägarens medgivande Hyresgästen får vidtaga de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks och är inte skyldig att återställa lägenheten i ursprungligt skick. Jag är medveten om att hyran/avgiften inte får höjas p.g.a. bostadsanpassningen.</p> <p>Ort: Datum:</p> <p>Fastighetsägarens underskrift:</p> | | | |
| <p>FULLMAKT Härmed befullmäktigas Sölvesborgs kommun genom handläggaren i bostadsanpassningsärenden, att såsom beställare vidtaga de åtgärder som ankommer på sökande enligt lagen om bostadsanpassning.</p> <p>Ort: Datum:</p> <p>Sökandens underskrift:</p> | | | |
| Godkänd kostnad kronor | | För följande åtgärd: | |
| Stadsarkitektavdelningen tel: 0456-81 60 74 eller telefax: 0456-141 15 | | | |
| Ovanstående personuppgift kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen (PuL) | | | |