SOLLENTUNA KOMMUN

Vård- och omsorgskontoret

ANSÖKAN om återställningsbidrag

Datum

Handlingarna skickas till:
Sollentuna kommun
Bostadsanpassning
191 86 Sollentuna

Handlingar som skall inlämnas till kommunen:
- Ett exemplar av denna ansökan.
- Särskild beskrivning av återställningsåtgärderna (vid behov).
- Särskild specifikation av kostnaderna/offert.

Sökande / Fastighetsägare

Sökande, namn	Adress	Postnummer/Ort
Telefon, sökanden	Kontaktperson, namn	Telefon, kontaktperson

Bostad som återställningen avser

Adress	Postnummer, ort
Fastighetsbeteckning	Upplåtelseform ☐Äganderätt ☐Hyresrätt ☐Bostadsrätt

Ursprungliga bostadsanpassningen avsåg följande åtgärder

Året då ursprungliga bostadsanpassningen genomfördes

Årtal

Ursprungliga anpassningen är till nackdel för andra boende

☐ Ja ☐Nej
Om ja – orsak

Återställningen avser följande åtgärder

Återställningen avser följande utrymmen

Utrymme
☐ Bostadslägenhet ☐Trapphus/Allmänna utrymmen ☐Tomtmark

Återställningen har föregåtts av erbjudande till kommunen att anvisa hyresgäst

☐ Ja ☐Nej

Sökt bidrag (kr)

(Specificera det sökta bidraget – återställningskostnaden – i särskild bilaga)

Sökandens underskrift

…….
Namnförtydligande

Besök
Norra Malmvägen 143

Postadress
Sollentuna kommun
Bostadsanpassning
191 86 Sollentuna

Telefon växel
08-579 211 33

Fax
08-579 210 44

Hemsida
www.sollentuna.se
annika.gelinder@sollentuna.se