



## Så här fyller du i blanketten ”BAB – Ansökan om bidrag”

### 1. Personuppgifter

Fyll i den sökandes personuppgifter. Sökande är alltid den person som har en funktionsnedsättning och som är i behov av bostadsanpassningen.

### 2. Kontaktperson

Fyll i om du vill att annan person än sökande ska kontaktas under handläggningen. Fullmakt skall bifogas.

En kontaktperson kan ha olika roller vid en ansökan:

**Ombud** är en person som har fullmakt för den sökande. Fullmakt skall bifogas ansökan och innehålla information angående omfattningen av uppdraget.

**God man/Förvaltare** företräder sökanden i alla kontakter med vård- och omsorgsförvaltningen och för dennes talan. Förordnandet ska bifogas ansökan.

### 3. Samtycke

Fyll i om du lämnar ditt samtycke och godkänner att handläggaren får kontakta annan som har kännedom om min funktionsnedsättning.

### 4. Behov av tolk

Fyll i om du är i behov av tolk och i så fall vilket språk eller vilken typ av tolk.

### 5. Funktionsnedsättning

Fyll i vilken eller vilka funktionsnedsättningar du har samt vilka förflyttningshjälpmedel du använder.

### 6. Andra stödinsatser

Fyll i vilka stödinsatser du har.

### 7. Uppgifter om fastigheten

Fyll i information om den bostad anpassningen ska utföras i.

### 8. Åtgärder

Ange de åtgärder du söker bidrag för på blanketten eller i en bilaga. Finns inga åtgärder angivna är ansökan ofullständig. För borttagning av trösklar eller uppsättning av stödhandtag ska antalet alltid anges. Behovet av sökta åtgärder ska styrkas i intyg av arbetsterapeut eller annan sakkunnig.

### 9. Bifogade handlingar

Intyg som styrker behovet av sökta åtgärder måste alltid bifogas ansökan. Kryssa i vilka andra handlingar som bifogas.

### 10. och 11. Underskrift

Skriv under ansökan. Ansökan ska alltid skrivas under av sökanden, vårdnadshavare eller personen med fullmakt att företräda sökanden.

### 12. Fastighetsägarens medgivande

Fastighetsägaren eller bostadsrättsföreningen ska skriva under att de godkänner de anpassningar du ansöker om. Beslut kan inte fattas utan detta godkännande.



Skicka blanketten till

**Vård- och omsorgsförvaltningen**  
**Bostadsanpassningsenheten**  
**251 89 Helsingborg**

**Fylls i av bostadsanpassningsenheten**

|                      |              |
|----------------------|--------------|
| Datum                | Diarienummer |
| Fastighetsbeteckning |              |

Den här blanketten är till för dig som har behov av bostadsanpassningsbidrag och vill göra en ansökan om bidrag.

### 1. Personuppgifter

|                                     |             |   |                               |
|-------------------------------------|-------------|---|-------------------------------|
| Förnamn och efternamn               |             | Personnummer (12 siffror)   |                               |
| Gatuadress inkl. lägenhetsnummer    |             |   |                               |
| Postnummer                          | Postort     |   | Telefonnummer (inkl. riktnr.) |
| Antal personer i hushållet          | Antal vuxna | Antal barn  | E-postadress                  |
| Flyttat till bostaden, år och månad |             | Tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag<br>Nej                      Ja |                               |

### 2. Kontaktperson (Fullmakt krävs)

|  |               |              |
|--|---------------|--------------|
| Förnamn och efternamn  | Telefonnummer | E-postadress |
| Roll vid ansökan<br>Närstående                      Ombud                      God man |               |              |

### 3. Samtycke

Bostadsanpassningsenheten får kontakta arbetsterapeut, sjukgymnast, läkare, eller annan som har kännedom om min funktionsnedsättning.

Ja                      Nej

### 4. Behov av tolk

Ja                      Nej

Om ja, ange vilket språk eller vilken typ av tolk

## 5. Funktionsnedsättning

Rörelsehinder

Synnedsättning

Kognitiv nedsättning

Annat (ange vad här nedan)

## Hjälpmedel vid förflyttning

Manuell rullstol

Eldriven rullstol

Rollator

Annat (ange vad här nedan)

## 6. Andra stödinsatser

Hemvård

Personlig assistans

Hemservice

Bostad beviljad enligt LSS eller SoL

## 7. Uppgifter om fastigheten

|             |                |            |  |
|-------------|----------------|------------|--|
| Byggnadsår  | _____          |            |  |
| Småhus      | Flerbostadshus | Äganderätt |  |
| Bostadsrätt | Hyresrätt      | 2:a hand   |  |

|                        |       |      |       |                 |     |
|------------------------|-------|------|-------|-----------------|-----|
| Antal rum              | _____ | Hiss |       | Hiss i markplan |     |
|                        |       | Ja   | Nej   | Ja              | Nej |
| Antal våningsplan      | _____ |      |       |                 |     |
| Bor på våningsplan     | _____ |      |       |                 |     |
| Badrum/toalett, antal: | _____ | Plan | _____ |                 |     |

2 (5)



HELSINGBORG

## 8. Åtgärder

Ange vilka åtgärder du vill söka bidrag för.

Vid ansökan om anpassning av trösklar/stödhandtag måste antal alltid anges.

Antal trösklar som ska tas bort \_\_\_\_\_ st

Antal stödhandtag som ska monteras \_\_\_\_\_ st

## 9. Bifogade handlingar

Intyg av arbetsterapeut, sjukgymnast, läkare eller annan sakkunnig


Kopia på anbud/offerter eller kostnadsberäkning

Tillägg till fastighetsägarens medgivande

Medgivande från nyttjanderättshavare

Fullmakt/förordnande

Annat (ange vad här nedan)

3 (5)  VÄND



HELSINGBORG

### 10. Underskrift av sökande eller vårdnadshavare 1

Jag försäkrar på heder och samvete att de uppgifter som anges om faktiska förhållanden i denna ansökan och bifogade handlingar är sanningsenliga.

| Datum | Namnteckning      |
|-------|-------------------|
|       |                   |
|       | Namnförtydligande |
|       |                   |

### 11. Underskrift av vårdnadshavare 2 (eventuellt)

Jag försäkrar på heder och samvete att de uppgifter som anges om faktiska förhållanden i denna ansökan och bifogade handlingar är sanningsenliga.

| Datum | Namnteckning      |
|-------|-------------------|
|       |                   |
|       | Namnförtydligande |
|       |                   |

4 (5)



HELSINGBORG

## 12. Fastighetsägarens medgivande

Hysesgästen/bostadsrätthavaren/gemensamma ägaren får vidta de åtgärder för vilka bostadsanpassningsbidrag söks och är inte skyldig att återställa bostaden i ursprungligt skick. Jag är medveten om att hyran/avgiften inte får höjas på grund av de åtgärder som vidtas. Om andra åtgärder än de sökta är de som blir aktuella för ett bifall kommer ett nytt ägarmedgivande att skickas ut.

|                        |              |              |
|------------------------|--------------|--------------|
| Fastighetsägarens namn |              |              |
| Gatuadress             |              |              |
| Postnummer             | Postort      |              |
| Telefon                | Mobiltelefon | E-postadress |

| Datum | Namnteckning      |
|-------|-------------------|
|       |                   |
|       | Namnförtydligande |
|       |                   |

### Information om behandling av personuppgifter

Vi behöver spara och behandla personuppgifter om dig som du lämnar in i denna tjänst. Personuppgifterna behandlas för att vi ska kunna bedöma om du är berättigad till hjälp och stöd enligt lagen om bostadsanpassning och sedan för att kunna utföra dessa insatser.

Vi kan även komma att dela personuppgifter med andra myndigheter om vi är skyldiga att göra det enligt lag. Personuppgiftsansvarig är vård- och omsorgsnämnden i Helsingborgs stad. Du kan läsa mer [här](#) eller kontakta oss om du vill veta mer om hur vi behandlar dina personuppgifter.