

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje

*Handlingarna skickas till:*

**Box 801  
761 28 Norrtälje**

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 <input type="checkbox"/> Äganderätt <input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt

### Ursprungliga bostadsanpassningen avsåg följande åtgärder

----------

### Året då ursprungliga bostadsanpassningen genomfördes

Årtal
-------

### Ursprungliga anpassningen är till nackdel för andra boende

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja – orsak

### Återställningen avser följande åtgärder

--------------

### Återställningen avser följande utrymmen

Utrymme <input type="checkbox"/> Bostadslägenhet <input type="checkbox"/> Trapphus/Allmänna utrymmen <input type="checkbox"/> Tomtmark
---

### Återställningen har föregåtts av erbjudande till kommunen att anvisa hyresgäst

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--

### Sökt bidrag (kr)

------

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

### Sökandens underskrift

   Namnförtydligande
-------------------------------