

Handlingarna skickas till:

Älvsbyns kommun

Bostadsanpassningshandläggare

942 85 ÄLVBYN

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