

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje

*Handlingarna skickas till:*

**Kommunalförbundet  
Sjukvård och omsorg i  
Norrtälje  
Box 801  
761 28 Norrtälje**

Handlingar som förutom denna blankett skall lämnas till  
Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje:

- Kvitto på betald reparation alternativ kopia på faktura.

**1. Sökande** (Personen med funktionsnedsättningen)

Namn	Personnummer
Adress	Telefon bostad
Postnummer och Postadress	Mobiltelefon
E-post	Antal personer i bostaden

**2. Kontaktperson** (Om någon annan ska sköta ditt ärende)

Namn	Telefon
Adress	E-post
Relation <input type="checkbox"/> Närstående Relation: _____ <input type="checkbox"/> Ombud <input type="checkbox"/> God man eller förvaltare	

**3. Jag söker bidrag för reparation av följande utrustning** (Installerad med bostadsanpassningsbidrag)

--

**4. Jag vill att beviljat bidrag sätts in på följande konto**

Clearing nr	Konto nr
-------------	----------

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

Jag medger samtidigt att mina personuppgifter registreras i Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtäljes datasystem för bostadsanpassningsärenden.

**5. Underskrift av sökanden eller vårdnadshavare 1**

Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande

**Underskrift av vårdnadshavare 2**

Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande