



SUNNE KOMMUN

## ANSÖKAN om återställningsbidrag

Datum

Handlingarna skickas till:

**Sunne kommun Vård och omsorg**  
**44. Handläggare bostadsanpassning**  
**686 80 Sunne**

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



**Postadress**  
 Sunne kommun Vård och omsorg  
 44. Handläggare  
 bostadsanpassning  
 686 80 Sunne

**Besöksadress**  
 Vård och omsorg  
 Bergvägen 8 Sunne

**Telefon och fax**  
 växel 0565-160 00

**Internet**  
 www.sunne.se

**Giro och org.nr.**  
 744 2684 bankgiro  
 212000-1843 org.nr.