

Datum

.....

Handlingarna skickas till:

Flens kommun
Socialförvaltningen
Enheten äldre och
funktionsvariation
642 81 FLEN

Handlingar som förutom denna blankett skall lämnas till kommunen:

- Intyg av arbetsterapeut, läkare eller annan sakkunnig om att arbetena är nödvändiga med hänsyn till funktionsnedsättningen.
- Medgivande från samtliga ägare och, i förekommande fall, nyttjanderättshavare att anpassningsåtgärderna får vidtas. (Gäller då annan än sökanden helt eller delvis äger bostaden eller innehar den med hyres- eller bostadsrätt. Medgivandeblanketter kan rekvideras från kommunen.)

Person med funktionsnedsättning *

Personnummer	Namn	
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående	Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vilket språk

Sökande *

Namn	Telefon	E-postadress
Adress	Postnummer	Ort

Kontaktperson

Namn	Telefon	E-postadress
Adress	Postnummer	Ort
Relation	Fullmakt för kontaktpersonen att företräda den funktionsnedsatte finns <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Huset, bostaden, övrigt

Bostaden ligger i <input type="checkbox"/> Flerbostadshus <input type="checkbox"/> Småhus	Bostaden innehas med <input type="checkbox"/> Hyresrätt <input type="checkbox"/> Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Äganderätt	Botyp <input type="checkbox"/> Ordinärt boende <input type="checkbox"/> Särskilt boende	Bor på våning	Byggår
Hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Tidigare erhållit bostadsanpassningsbidrag i denna bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bidrag i annan bostad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Inflytt.datum/år i denna bostad*	
Fastighetsbeteckning	Ägare, namn	Ägare, telefon		

Jag söker bidrag till anpassning av min bostad med följande åtgärder *

OBSERVERA! Att om bifogat intyg inte uttryckligen styrker behovet av alla åtgärder kan ansökan behöva kompletteras innan beslut.

(Om utrymmet inte räcker – fortsätt på baksidan eller i särskild bilaga)

Problemet i min bostad / Motivet till min ansökan

(Om utrymmet inte räcker – fortsätt på baksidan eller i särskild bilaga)

Sökandes underskrift

Namn*	Sökt bidragsbelopp
-------	--------------------

Medgivande till registrering - underskrifter*

Jag medger att mina personuppgifter som lämnats i denna ansökan och eventuella bilagor registreras i kommunens system för bostadsanpassningsbidrag. Jag är medveten om att jag när som helst kan begära att få se ett utdrag på de uppgifter, enligt GDPR, som finns beträffande mig, få felaktigheter i dessa rättade samt få uppgifterna borttagna.

.....
Funktionsnedsatt/Sökande

.....
Sökande/Vårdnadshavare

.....
Kontaktperson

(*) Obligatorisk uppgift

Datum

.....

Information om hantering av personuppgifter enligt General Data Protection Regulation (GDPR)

Vi behöver spara och behandla personuppgifter om dig/sökande/kontaktperson såsom namn, personnummer, adress, språk (vid behov av tolk) och vilken typ av funktionsnedsättning du har. Syftet med en sådan behandling är för att kunna registrera dig som sökande i kommunens verksamhetssystem.

Vi samlar in personuppgifter från dig för att kunna behandla din ansökan om bostadsanpassningsbidrag. Om du väljer att inte fylla i personuppgifter kommer din ansökan inte att kunna behandlas. Vi tillämpar vid var tid gällande integritetslagstiftning vid all behandling av personuppgifter. Den rättsliga grunden för att behandla dina personuppgifter är samtycke. Du har när som helst rätt att återkalla ditt samtycke till behandlingen. Ett återkallande påverkar inte lagligheten av behandlingen innan samtycket återkallas. Dina uppgifter kommer att sparas som längst 10 år efter sista anteckning.

De personuppgifter vi behandlar om dig delas med eventuella externa utförare och de personuppgiftsbiträden vi använder för att kunna utföra våra tjänster och fullgöra våra skyldigheter gentemot dig. Vi kan även komma att dela dina personuppgifter med en tredje part, förutsatt att vi är skyldiga att göra så enligt lag. Däremot kommer vi aldrig att överföra dina uppgifter till ett land utanför EU.

Personuppgiftsansvarig är Vård- och omsorgsnämnden Flens Kommun, Sveavägen 1, 64281 Flen. Du har rätt att kontakta oss om du vill ha ut information om de uppgifter vi har om dig, för att begära rättelse, överföring eller för att begära att vi begränsar behandlingen, för att göra invändningar eller begära radering av dina uppgifter. Detta gör du enklast genom att kontakta oss på flenskommun@flen.se eller 0157 - 43 00 00. Du når vårt dataskyddsombud på dataskyddsombud@flen.se eller 0157 - 43 00 00. Om du har klagomål på vår behandling av dina personuppgifter har du rätt att inge klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten, IMY, www.imy.se.