



### Sökande av bostadsanpassningsbidrag

Personnummer: .....

Namn: .....

Telefon: .....

### Bostad för anpassning

Adress: .....

Postnr/ Ort: .....

### Fastighetsägarens medgivande till dig som hyr din bostad eller innehar din bostad med bostadsrätt

Sökande, som bor på ovanstående adress, har ansökt om bostadsanpassningsbidrag och vill ha ert medgivande till att nedan angivna anpassningsåtgärder får utföras. Medgivandet är en överenskommelse mellan dig som fastighetsägare och hyresgästen/bostadsrättshavaren.

#### Åtgärder som hyresgästen/bostadsrättshavaren begär fastighetsägarens medgivande för (vänligen precisera anpassningsåtgärderna):

Hyresgästen/bostadsrättsinnehavaren får utföra ovanstående åtgärder.  
Hyresgästen/bostadsrättsinnehavaren är inte skyldig att återställa bostaden i ursprungligt skick vid avflyttning eller i annat fall, vad gäller dessa åtgärder.

|                            |                                      |
|----------------------------|--------------------------------------|
| Namnsteckning              | Datum                                |
| Namnförtydligande (textas) | Titel (t ex. förvaltare, ordförande) |
| E-postadress               | Telefon (direkt)                     |



## Information om fastigheten

Omvårdnadsförvaltningen vill ha information om fastigheten där anpassningen ska utföras. För att underlätta bostadsanpassningen vänligen fyll i och skicka in nedanstående information tillsammans med ägarmedgivandet.

|                                                                                    |         |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ▪ Ska det inom det närmaste året göras stambyte i fastigheten?                     | Ja  Nej |
| ▪ Finns det asbest i de byggnadsdelar som berörs av anpassningen?                  | Ja  Nej |
| ▪ Pågår det/ska det påbörjas ombyggnader i fastigheten?<br>(byggarbetsmiljöansvar) | Ja  Nej |
| ▪ Om anpassningen gäller borttagning av badkar, ska badkaret sparas?               | Ja  Nej |
| ▪ Övrig information som kan vara bra för oss att känna till?                       |         |
|                                                                                    |         |
|                                                                                    |         |
|                                                                                    |         |
|                                                                                    |         |
|                                                                                    |         |
|                                                                                    |         |
|                                                                                    |         |
|                                                                                    |         |

## Kontaktperson (kontakts av entreprenör när anpassningen ska utföras)

|              |                        |
|--------------|------------------------|
| Namn         | Titel                  |
| E-postadress | Telefonnummer (direkt) |

Fyll i, skriv under och skicka blanketten till:

Solna Stad  
Omvårdnadsförvaltningen, BAB 5tr  
171 86 Solna

eller

E-post: [bab.myndighetsavdelningen@solna.se](mailto:bab.myndighetsavdelningen@solna.se)