

## Sänds till

Stadsbyggnadskontoret  
Bostadsanpassningsbidrag  
851 85 SUNDSVALL

## Sökandes (funktionsnedsatt) namn

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Namn                   | Personnummer         |
| Adress där bidrag söks | Fastighetsbeteckning |
| Postnummer och postort | Telefon              |

## Uppgifter om ställföreträdare

☐ Vårdnadshavare   ☐ Ombud (bifoga fullmakt)   ☐ Förvaltare / god man (bifoga förordnandet)

|                        |              |
|------------------------|--------------|
| Namn                   | Personnummer |
| Adress                 |              |
| Postnummer och postort | Telefon      |
| E-post                 | Mobiltelefon |

## Bidrag söks för:

*Glöm inte att bifoga kopia på aktuell faktura du söker bidrag för!*

- ☐ Reparation av ..... Enligt faktura från..... Nr..... Summa.....kr
- ☐ Service av ..... Enligt faktura från..... Nr..... Summa.....kr
- ☐ Besiktning av ..... Enligt faktura från..... Nr..... Summa.....kr

## Om bidrag beviljas vill jag att detta överförs till mitt konto enligt nedanstående uppgifter

|                |             |
|----------------|-------------|
| Bankens namn   |             |
| Clearingnummer | Kontonummer |

När jag skickar in denna blankett, samtycker jag till att Sundsvalls kommun behandlar personuppgifterna enligt Dataskyddsförordningen (GDPR).  
Mer information finns på [www.sundsvall.se](http://www.sundsvall.se)

Ort och datum .....

Underskrift ..... Namnförtydligande .....