

STADEN RASEBORG**BOSTADSANSÖKAN
SENIORBOSTAD**

Inlämningsdag _____ Ansökan är ikraft tolv (12) månader.

Fyll i blanketten, skriv ut och underteckna den. Lämnna in blanketten eller skicka den per post med bilagor till:
Raseborgs stad / Utrymmesförvaltningen, Raseborgsvägen 37, Bostadssekreteraren, 10650 Ekenäs**Sökandens personuppgifter**

Efternamn	Förnamn (tilltalsnamnet understreckas)		
Personbeteckning	Hemort	fr.o.m.	
Nuvarande adress	Postnummer och -anstalt	Telefon	
Civilstånd <input type="checkbox"/> ogift <input type="checkbox"/> samboende <input type="checkbox"/> gift <input type="checkbox"/> bor åtskilt <input type="checkbox"/> skild <input type="checkbox"/> änka/änkling			

Närmaste anhörigs kontaktuppgifter

Namn	Telefon
------	---------

Personuppgifter för maka/make/sambo eller annan sökande

Efternamn	Förnamn (tilltalsnamnet understreckas)		
Personbeteckning	Hemort	fr.o.m.	Telefon
Bor med sökanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Adress, postnummer och -anstalt		

Den ansökta bostaden

KARIS Karis servicehus <input type="checkbox"/> Felix Froms gata 6 i Karis Köpmansgatan 26 i Karis <input type="checkbox"/> (infl.klara sommaren 2016) <u>Bostadstyp</u> ett rum + kv <input type="checkbox"/> två rum + kv <input type="checkbox"/>	POJO Mariavägen 18 i Pojo <input type="checkbox"/> Sophiehem Mariavägen 20 i Pojo <input type="checkbox"/> <u>Bostadstyp</u> ett rum + kv/k <input type="checkbox"/> två rum + kv/k <input type="checkbox"/>
Övriga önskemål	

Orsak till bostadsbehov

<input type="checkbox"/> Brister i nuvarande bostad, vilka?

<input type="checkbox"/> Bor i höghus, utan hiss, bor i vilken våning?
<input type="checkbox"/> Annan orsak, vilken

Nuvarande vårdbehov

<input type="checkbox"/> Hemservice _____ gånger per dag _____ gånger per vecka _____ gånger i månaden
<input type="checkbox"/> Anhöriga hjälper, hur
<input type="checkbox"/> Matservice

Funktionsförmåga

<input type="checkbox"/> Går utan hjälpmedel
<input type="checkbox"/> Använder rollator
<input type="checkbox"/> Använder kryckor eller käpp
<input type="checkbox"/> Självständig med rullstol
<input type="checkbox"/> Bör lyftas i rullstol

Uppgifter om den nuvarande bostaden**Rymlighet och hustyp**

Antal familjemedlemmar	Bostadstyp r+kv/k	Bostadens yta m ²
<input type="checkbox"/> Flervåningshus	<input type="checkbox"/> Radhus	<input type="checkbox"/> Egnahemshus
<input type="checkbox"/> Annat vilket		

Bostadens utrustning och skick

<input type="checkbox"/> Avlopp	<input type="checkbox"/> Vattenledning	<input type="checkbox"/> Varmvatten	<input type="checkbox"/> Wc inne	<input type="checkbox"/> Dusch- rum/ bastu	<input type="checkbox"/> Central-/ elvärm
<input type="checkbox"/> Utomordentligt	<input type="checkbox"/> Gott	<input type="checkbox"/> Nöjaktigt	<input type="checkbox"/> Svagt		

Besittningsförhållande

<input type="checkbox"/> Ägare	<input type="checkbox"/> Hyresgäst	<input type="checkbox"/> Annat, vilket
Hyra €/månad	Inflyttningsår	

Övriga uppgifter

Underskrift

Jag försäkrar att uppgifterna ovan är riktiga

Plats och tid

Underskrift

Till ansökan kan bifogas läkarintyg.