## Ansøgning om handicapvenlig bolig

|  |  |
| --- | --- |
| Stamoplysninger | |
| Navn | Personnummer |
| Adresse | Telefonnummer |
| Nuværende opholdssted | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ægteskabelig stilling | | | |
|  | Enlig | | |
|  | | | |
|  | Gift/samboende | Ægtefælles/samlevers navn |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nærmeste pårørende | |
| Navn | Relation |
| Adresse | |
| Postnr. By | |
| Telefon | |

|  |
| --- |
| Egen læge |
| Navn |

|  |
| --- |
| Begrundelse for ansøgningen |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Nuværende boligforhold** (adgangsforhold, badeværelsesfaciliteter, trapper mv.) |
|  |
|  |
|  |
|  |

## Oversigt over handicapvenlige boliger

### Kryds af for boligønske

Har du mere end et ønske, beder vi dig oplyse, i hvilken rækkefølge ønskerne er prioriteret.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ønske | | Prioritet | | |  | | Ønske | | Prioritet | | |
| Frederikssund: |  |  |  |  | | Jægerspris: | |  |  |  |
| Foderstofgården |  |  |  |  | | Birkehaven | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
| Frederiksborgvej |  |  |  |  | | Parkvej | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
| Færgeparken |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
| Rosenfeldt |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
| Rosenvænget |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
| Slangerup: |  |  |  |  | | Skibby: | |  |  |  |
| Nybrovænge |  |  |  |  | | Nordvænget | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
| Solhøjvej |  |  |  |  | |  | |  |  |  |

### Udfyld, hvis du ønsker en handicapvenlig bolig i en anden kommune

Kommune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sted \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Udfyldes kun ved specifikt ønske

Jeg er indforstået med, at Frederikssund Kommune indhenter de helbredsmæssige oplysninger, der er nødvendige for at behandle ansøgningen.

Dato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ansøgningen sendes til Frederikssund Kommune, Visitation og Hjælpemidler,**

**Torvet 2, 3600 Frederikssund**

Telefon 47 35 19 00 på hverdage fra kl. 09.00 – 12.00.