

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

**Ansökan om KBF ska lämnas en gång per år  
efter varje hyreshöjning**

Blanketten skickas till:  
Katrineholms kommun  
Vård- och omsorgsförvaltningen  
Lednings- och verksamhetsstöd  
641 80 KATRINEHOLM

## Ansökan om kommunalt bostadstillägg för personer med funktionsnedsättning (KBF)

- KBF kan endast betalas ut till dig som har ansökt och fått beviljat bostadsbidrag eller bostadstillägg hos Försäkringskassan eller Pensionsmyndigheten och ändå inte har minimibeloppet kvar efter att hyra är betald.
- Du ska dessutom ha någon form av inkomst, till exempel aktivitets- eller sjukersättning.
- Du måste vara folkbokförd i Katrineholms kommun och ha ett beslut om bostad med särskild service för vuxna enligt LSS och ett andrahandskontrakt på bostaden där vård- och omsorgsförvaltningen i Katrineholm har förstahandskontrakt.

### Personuppgifter

Förnamn och efternamn		Personnummer
Förnamn och efternamn maka/make/partner/sambo		Personnummer
Gatuadress		Telefonnummer
Postnummer	Ort	

### Aktuella inkomster brutto (före skatt) per månad

Sökande

Maka/make/  
partner/sambo

Inkomst av näringsverksamhet	Sökande	Maka/make/ partner/sambo
Inkomst av kapital (inkomstränta, räntebidrag, utdelning med mera (per den sista december föregående år, se besked från bank eller dylikt)		
Kapitaltillgångar		
Övrig pension; specificera pensionen nedan: .....		

### Kommunen hämtar in följande pensioner automatiskt:

Inkomstpension, Garantipension, Tilläggspension, Premiepension, Änkepension. Du behöver därför inte lämna dessa uppgifter.

### Bostadstillägg/bidrag från Försäkringskassa/Pensionsmyndighet

Jag/vi har bostadstillägg/bidrag/eventuellt särskilt bostadstillägg från Försäkringskassan eller Pensionsmyndigheten

**Bidrag/månad**

.....

## Hyra för lägenheten

Hyra i kronor per månad för sökande/eventuell medsökande

## Konto för utbetalning av bostadstillägg

Clearingnummer	Kontonummer	Bank

## Annan postmottagare

### Fylls endast i om beslut ska skickas till annan än sökanden.

Nedanstående person ska för min räkning ta emot beslut och har fullmakt att agera i övrigt med frågor som rör bostadstillägget.

Förnamn och efternamn	
Gatuadress	Telefonnummer
Postnummer	Ort

## Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna är riktiga och fullständiga.

Jag är medveten om att jag är skyldig att snarast anmäla förändringar i inkomst, boendekostnader, familjesituation eller annat som kan påverka rätten till KBF, eller storleken på KBF.

Jag kan bli återbetalningsskyldig om KBF har betalats ut felaktigt eller med felaktigt belopp.

Datum	Sökande	
Datum	Eventuell maka/make/partner/sambo	
Datum	Behjälplig vid upprättande av ansökan	Telefonnummer
	<input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare <input type="checkbox"/> Anhörig	

Vi behandlar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR).

Du kan läsa mer på [katrineholm.se/personuppgifter](http://katrineholm.se/personuppgifter).

## Behöver du hjälp eller har frågor?

**Telefon:** Avgiftshandläggare 0150-575 29 eller 568 09. Telefontid: måndag-fredag klockan 9-11.

**E-post:** [vard.omsorg@katrineholm.se](mailto:vard.omsorg@katrineholm.se)

**Läs mer:** [www.katrineholm.se/kbf](http://www.katrineholm.se/kbf)