

Ansökan skickas till:  
Katrineholms kommun  
Vård- och omsorgsförvaltningen  
Avgiftshandläggare  
641 80 KATRINEHOLM

## Ansökan om reducerad hyra vid dubbla boendekostnader vid flytt till vård- och omsorgsförvaltningens boenden

### Personuppgifter

Personnummer	Namn	
Gatuadress		
Postnummer	Postadress	Telefonnummer

### Bostadsuppgifter

Flyttat till särskilt boende	Datum för inflyttning
Tidigare adress	Tidigare hyresvärd
Söker om reducerad hyra vid dubbla boendekostnader för månaderna <i>(som mest kan du söka för tre månader)</i>	

### Underskrift sökande

Datum	Namnteckning
-------	--------------

### Namn på eventuell annan uppgiftslämnare

Datum	Namnteckning
Telefonnummer	

### Till ansökan ska bifogas:

- Inkomstförfrågan för beräkning av avgift
- Kopia på hyresavi för den tidigare bostaden
- Kopia på uppsägning av hyresrätt
- Ekonomisk översikt på alla konton
- Om du äger en bostadsrätt eller villa ska du kunna visa att försäljningen är påbörjad.

**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? Ring avgiftshandläggare på telefon 0150-575 29/568 09**