



**ANSÖKAN OM REDUCERAD
HYRA VID DUBBELT BOENDE
Äldreomsorg/Funktionshinder**

1. Personuppgifter

Namn, sökande		Personnummer	
Adress		Postadress	
Telefon, bostad	Telefon, arbete	Telefon mobil	
E-post			
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/Registrerad partner <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Ensamstående			
Namn, maka/make registrerad partner/sammanboende		Personnummer	

2. Jag ansöker om reducereing av hyran för tiden

Från och med datum	Till och med datum
Bostaden sades upp (datum)	Lämnades till försäljning (datum)
Bostadskostnad för den bostad jag sagt upp/lämnat till försäljning, kronor/månad	Bostadskostnad för den nya bostaden, kronor/månad

3. Uppgiftslämnare om annan än sökanden

Sökande God Man Anhörig Annan

Namn		Personnummer	
Adress		Postnummer	Ort
Telefon bostad	Telefon arbete	Telefon mobil	

4. Namnteckning

Jag försäkrar att uppgifterna som lämnats på denna blankett är fullständiga och sanningsenliga.

Datum	Namnteckning, uppgiftslämnare	Namnförtydligande
-------	-------------------------------	-------------------