

Ansökan om reducering av hyra

Gäller vid inflyttning till vård- och omsorgsboende

Personuppgift sökande

För- och efternamn	Personnummer
Adress och postadress	Telefonnummer

Uppgifter gällande ansökan, du kan som längst ansöka för 3 månader

Period som ansökan avser	
Hyresvärd	
Hyra per månad	
Bostadstillägg	

Bilagor till ansökan

<input type="checkbox"/> Inkomstuppgifter (Tranemo kommuns Inkomstförfrågan, om den inte redan lämnats)
<input type="checkbox"/> Underlag som verifierar att dubbel hyra kommer att betalas

Övriga upplysningar

--

Jag har varit behjälplig att fylla i blanketten

För- och efternamn	Telefonnummer
--------------------	---------------

Försäkran och underskrift

Datum	Underskrift av den sökande
-------	----------------------------

- Jag försäkrar härmed att de inlämnade uppgifterna är korrekta
- Jag meddelar Tranemo kommun om någon förändring skulle uppstå

I och med att du undertecknar denna blankett registreras dina uppgifter hos Tranemo kommun. Uppgifterna kommer att användas för Tranemo kommuns hantering av detta ärende och kommer att behandlas i enlighet med Dataskyddsförordningen (EU) 2016/679.

OMSORGSEKTIONEN

Postadress: 514 80 Tranemo Besöksadress: Storgatan 26, Tranemo

Telefon: 0325-57 60 00 E-post: kommun@tranemo.se www.tranemo.se