

Ansökan om förtur

Gäller för KBAB:s hyresgäster vid medicinska orsaker eller då sammanboende avlidit.

Observera att förturen gäller för max två erbjudanden. Du har ingen förtur till särskilda bostadsområden om behovet kan lösas någon annanstans. Om du inte svarar på erbjudandet eller om du fått annat boende i Karlstads kommun kommer din ansökan att makuleras.

För att få medicinsk förtur krävs läkarintyg. Lägenhet kommer att erbjudas i förhållande till funktionsvariationen, exempelvis hisshus eller lägenhet på bottenvåning. Du kan läsa mer på www.kbab.se.

Sökande

| | |
|----------------------------|----------------|
| Personnummer (ååmmdd-xxxx) | |
| Förnamn | |
| Efternamn | |
| Gatuadress | |
| Postnr och ort | |
| Telefonnr | Alt. telefonnr |
| E-post | |

Eventuell medsökande

| | |
|----------------------------|----------------|
| Personnummer (ååmmdd-xxxx) | |
| Förnamn | |
| Efternamn | |
| Gatuadress | |
| Postnr och ort | |
| Telefonnr | Alt. telefonnr |
| E-post | |

Orsak

- Medicinska skäl – läkarintyg bifogas
 Sammanboende har avlidit – behov av mindre lägenhet

Önskad bostad

| | |
|--|-----------------|
| Lägenhetsstorlek <input type="checkbox"/> 1 rok <input type="checkbox"/> 2 rok <input type="checkbox"/> 3 rok <input type="checkbox"/> Hiss <input type="checkbox"/> 4 rok <input type="checkbox"/> 5 rok <input type="checkbox"/> 6 rok <input type="checkbox"/> Bottenvåning <input type="checkbox"/> Handikappanpassat | Övriga önskemål |
|--|-----------------|

- I och med denna underskrift har jag godkänt att KBAB får ta en kreditupplysning.

| | | |
|-------|----------------------|----------------------------|
| Datum | Sökandes underskrift | Ev medsökandes underskrift |
|-------|----------------------|----------------------------|

KBAB:s noteringar

| | |
|--------------|--|
| Ankomstdatum | Beslut <input type="checkbox"/> Godkänd <input type="checkbox"/> Ej Godkänd |
|--------------|--|