



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 handikappet, exempelvis hisshus eller lägenhet på bottenvåning.

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
--------------	--