# UPPGIFTER OM HYRESGÄST OCH LÄGENHET

**Lägenheten**

|  |  |
| --- | --- |
| Boende | Lägenhetsnummer *(nationellt)* |
| Gatuadress | Lägenhetsnummer *(hyresvärdens)* |

**Hyresgäst**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Förnamn | Efternamn | Personnummer |
| Förnamn | Efternamn | Personnummer |

**Tidigare boende** (anges om hyresgästen bor eller tidigare bott i en av kommunens bostäder)

|  |  |
| --- | --- |
| Gatuadress | Lägenhetsnummer |
| Postnummer och ort | Uppsagd till |
| Noteringar | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Biståndsbeslut  4 kap SoL | | Avsedd för  Omvårdnadsbehov  Demenssjukdom | |
| Inflyttningsdag, datum | Dock senast | Hyrestid \*  1 månad | Uppsägning  1 vecka |

\* Hyrestiden ska vara 1 månad. Förlängs med 1 månad i taget. Uppsägningstiden är (minst) 1 vecka innan månadsskifte.

**Hyresavi och avtal skickas till\***

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | c/o |
| Gatuadress | Postnummer och ort |
| E-post | Telefonnummer |

\* Hyresavin ställs alltid till hyresgästen med adress, c/o god man alt. förvaltare om sådan finns.

**Intern beställare**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Förvaltning | Ansvarsnummer | Verksamhet |

**Uppgiftslämnare**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Namn |
| Avdelning | Telefon |

Blanketten sänds till [bostader@uppsala.se](mailto:bostader@uppsala.se). Skriv i ämnesraden: Ny hyresgäst, äldreboendets namn samt lgh nr.