# 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 | Uppsägning1 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. Skriv i ämnesraden: Ny hyresgäst, äldreboendets namn samt lgh nr.