



Överklagan av biståndsbeslut - LSS och socialpsykiatri

* Obligatoriska fält

Mina uppgifter

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
Adress*
Postnummer*
Ort*
Mobilnummer*
E-post*

Överklagan

Jag vill överklaga Individ- och omsorgsnämndens beslut angående*
Beslutet togs av (ange handläggarens namn)*
Datum då beslutet togs*
Orsaken till att jag tycker beslutet är felaktigt är följande*
Dagens datum gäller för överklagan, ange datum*

Underskrift

Ort och datum

Underskrift