



Avslut av bistånd eller insats enligt SoL

Personuppgifter

Efternamn och Förnamn	Personnummer
Postadress (gata, postnummer och ort)	Telefonnummer (inkl. riktnr.)

Undertecknad avslutar på egen begäran bistånd/insats i form av;

.....

.....

Underskrift av den enskilde/Vårdnadshavare/God man/Förvaltare

Namn	Ort och Datum
Namn	Ort och Datum

Person som varit behjälplig med blankett (om det varit någon)

Namn	<input type="checkbox"/> Anhörig <input type="checkbox"/> God Man/Förvaltare <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Annan:
Telefonnummer	

Blanketten skickas till biståndshandläggare
och sedan kommer de ta kontakt med Er vid
behov!

Skicka till: **Lindesbergs kommun**
Biståndshandläggare
Stentäppsgatan 5
711 80 Lindesberg