



KUMLA KOMMUN

Avslut av bistånd/insats

Personuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer
Postadress (utdelningsadress, postnr, postort)	Tel.nr (inkl. rikt nr)

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

.....
.....

Underskrift av den enskilde/vårdsnadshavare/god man/förvaltare

Namn	Ort och datum
.....
Namn	
.....	

Behjälplig

Namn	<input type="checkbox"/> Anhörig
.....	<input type="checkbox"/> God man
Telefonnummer	<input type="checkbox"/> Förvaltare
.....	<input type="checkbox"/> Personal
	<input type="checkbox"/> Annan.....

Skickas till LSS-handläggaren:

Kumla kommun
Socialförvaltningen
Torget 1
692 80 Kumla