Ragunda kommun

Vård och Omsorg/SoL

Ändringsblankett gällande socialtjänstlagen 4 kap 1§

Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer
Ort	Telefon arbete
Telefon bostad	Mobiltelefon

Vårdnadshavare/God man/förvaltare

För- och efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer
Ort	Telefon arbete
Telefon bostad	Mobiltelefon

☐ Jag återtar min ansökan gällande

☐ Jag avsäger mig pågående insats i form av

Datum för avsägning

Sökandes eller företrädares underskrift

Datum

Namnteckning

Blanketten skickas till:

Ragunda kommun, Biståndsenheten
Box 150
844 21 Hammarstrand
Tel. Ragunda kommun Kundcenter 0696-68 20 00