



KARLSTADS KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN

Överklagan av biståndsbeslut

Jag vill överklaga vård-och omsorgsnämndens beslut angående:

Orsaken till att jag tycker beslutet är felaktigt är följande:

Datum _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

Personnummer _____

Adress _____

Telefonnummer _____