



**KARLSTADS KOMMUN**

ARBETSMARKNADS- OCH SOCIALFÖRVALTNINGEN

## Överklagan av biståndsbeslut

**Jag vill överklaga Arbetsmarknads- och socialförvaltningens beslut angående:**

---

---

---

**Orsaken till att jag tycker beslutet är felaktigt är följande:**

---

---

---

---

---

Namn:	Personnummer:
Gatuadress:	Telefonnummer:
Postnummer:	Ort:
E-post:	Underskrift:

**Överklagan skickas till:**

Karlstads kommun  
Arbetsmarknads- och socialförvaltningen  
Vuxenavdelningen  
651 84 Karlstad