Åtvidabergs kommun

Överklaga biståndsbeslut

Namn (sökande och ev. medsökande):_____

Personnr (sökande och ev. medsökande):_____

Adress: _____

Telefonnummer:_____

Jag/vi vill överklaga beslut om bistånd som fattades (datum):_____

Jag/vi tycker att beslutet är fel därför att:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Underskrift (sökande):_____

Underskrift (ev medsökande):_____

Överlagan lämnas underskriven i original till den myndighet som fattat beslutet.

Åtvidabergs kommun
Besöksadress: Adelswärdsgatan 7 · Postadress: Box 206, 597 25 Åtvidaberg · Tel: 0120-830 00 · Fax: 0120-140 18 · E-post kommun@atvidaberg.se