



Ansökan skickas till Degerfors kommun,
Biståndsenheten 15 socialförvaltningen, 693 80 DEGERFORS
Tel: 0586-48226

Ansökan om avslut av insater

Sökande

Personnummer	Förnamn	Efternamn
Gatuadress	Postnummer	Postort
Telefonnummer	Mobilnummer	Portkod

E-post

Ensamboende

Sammanboende

I fälten nedan anger du vilken eller vilka insatser du vill avsluta och varför du vill avsluta insatsen.

Jag vill avsluta insats/insatser

Orsaken till att jag vill avsluta är:



Jag godkänner att handläggaren under handläggningstiden får inhämta nödvändiga uppgifter om mig från andra myndigheter/sjukvården	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
---	-----------------------------	------------------------------

Underskrift

För att ansökan ska kunna behandlas måste den undertecknas av den sökande eller av annan person behörig att företräda den sökande. (Gäller endast om du ansöker på utskrivnen blankett).

Underskrift	Datum
-------------	-------

God man, förvaltare eller ombud som har fullmakt att föra sökandes talan. Fullmakt ska bifogas ansökan	
Namn på företrädare	Ort och datum
Adress	Telefon
Postnummer och ort	Mobiltelefon
<input type="checkbox"/> Ombud	<input type="checkbox"/> Förvaltare
God man med följande uppdrag:	<input type="checkbox"/> Bevaka rätt <input type="checkbox"/> Förvalta egendom <input type="checkbox"/> Sörja för person
Här bifogar du fullmakten. Klicka på Ladda upp fil och bifoga det aktuella dokumentet.	

Dataskyddsförordningen (GDPR)

Dina personuppgifter behandlas i enlighet med Dataskyddsförordningen (GDPR) uppgifterna registreras i vårt datasystem och används för hantering av din ansökan. Du har rätt att ta del av dom uppgifterna som registreras om dig. Begäran gör du hos din handläggare.