

**Begäran om att avsluta / avsäga sig beviljad insats  
enligt Socialtjänstlagen.**

Jag vill avsluta / avsäga mig beviljat bistånd i form av :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Orsak:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ort /Datum:.....

Personnummer:.....

Namn:.....

Underskrift:.....

Eventuell företrädares underskrift:.....

Namnförtydligande företrädare:.....

Lämnas eller skickas till

Älmhults kommun  
Biståndshandläggare  
Box 500  
343 23 Älmhult