



VAGGERYDS KOMMUN

Socialförvaltningen

Återtagande, LSS

Återtagande av insatser enligt LSS

Datum

Efternamn och förnamn
Personnummer

Jag vill återta min ansökan om insats gällande:
Beskriv

Återtagandet är lämnad av:

Sökande God man Förvaltare Vårdnadshavare Annan

Om annan, ange roll här

Ort och datum	Underskrift
Telefon / Mobiltelefonnummer	
E-post	

Ansökan skickas till:

Vaggeryds kommun, Vård- och omsorgsförvaltningen, Biståndsenheten, Box 43, 568 21 Skillingaryd