



# VAGGERYDS KOMMUN

Socialförvaltningen

## Återtagande, omsorg och hjälp

Återtagande av omsorg och hjälpinsatser (SoL)

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

<b>Ort och datum</b>	<b>Underskrift</b>
Telefon / Mobiltelefonnummer	
E-post	

Ansökan skickas till:

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