

Avslut av biståndsbedömda insatser

Personnummer:

Namn:

Adress:

Postnummer och ort:

Jag vill avsäga mig följande biståndsbedömda insats/insatser:

Hela beslutet/all hjälp

Delar av beslutet i form av:

.....

Datum:

Namnteckning: