

## Uppsägning av hemtjänstutförare

---

Sökande

---

Personnummer

säger upp hjälpen från

---

Utförarens namn

Hjälpen önskas avslutas fr.o.m. \_\_\_\_\_

---

Ort och datum

---

Namnsteckning

Ansökan skickas till  
Ovanåkers kommun  
Socialtjänsten  
828 80 Edsbyn  
Tfn 0271-570 00 vx  
E-post: [socialtjansten@ovanaker.se](mailto:socialtjansten@ovanaker.se)