

Begäran om omprövning ska skickas till LPA.

| Uppgifter om sökanden | |
|---------------------------------------|------------------|
| Efternamn och alla förnamn | Personbeteckning |
| Näradress, postnummer och postanstalt | |
| E-postadress | Telefonnummer |

| Begäran om omprövning | |
|--|-------------------|
| Jag begär omprövning av _____ (den lokala enhetens namn) beslut | Beslutets nummer |
| Begäran om omprövning gäller | Beslutet utfärdat |
| Semester Vikariehjälp Avgiftsbelagd avbytarhjälp Ersättning för själv ordnad avbytarservice | Beslutet postat |
| Något annat, vad? | |

En fritt formulerad utredning om hur beslutet borde ändras och på vilka grunder omprövning begärs (utredningen kan också lämnas på en separat bilaga)

Bilagor

Det beslut som omprövningen avser Annat, vad?

För att underlätta den elektroniska behandlingen ber vi att handlingarna eller sidorna i dem inte häftas eller tejpas ihop.

Underskrift

Plats och datum

Underskrift och namnförtydligande

*Omprövning av den lokala enhetens beslut kan begäras hos LPA inom 30 dagar från delfäendet av beslutet.
Närmare anvisningar om hur omprövning begärs finns i en bilaga till beslutet.*