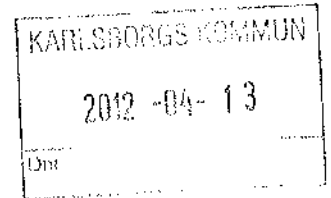




Karlsborgs kommun
Socialförvaltningen



Till
Kommunfullmäktige
Kommunens revisorer

**Rapportering av ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap 1 §,
Socialtjänstlagen (2001:453).**

| | | | |
|--|--|------------------------|------------------------------------|
| Rapporteringstillfälle | 2012-04-12 | | |
| Ansvarig nämnd | Socialnämnden | | |
| Ansvarig/Behörig rapportör | Kerstin Alexandersson-Broberg | | |
| Telefon till rapportör | 0505-171 45 | | |
| E-post till rapportör | Kerstin.alexandersson-broberg@karlsborg.se | | |
| Äldreomsorg (ÄO) | Kön | Bistånd enl SoL | Beslutsdatum |
| | Kvinna 1 | Särkilt boende | 2011-02-22 (flyttat från kommunen) |
| | Man 2 | Särskilt boende | 2011-09-22/2011-12-05 |
| | Man 2 | Växelvård | 2011-12-08/2011-12-08 |
| Handikappomsorg (HO) (SoL) | Kön | Bistånd enl SoL | Beslutsdatum |
| | Kvinna 0 | | |
| | Man 0 | | |
| Individ och familjeomsorgen (IFO) | Kön | Bistånd enl SoL | Beslutsdatum |
| | Kvinna 0 | | |
| | Man 0 | | |
| Individrapport (LSS) | Kön | Bistånd enl LSS | Beslutsdatum |
| | Kvinna 0 | | |
| | Man 0 | | |

Karlsborg 2012-04-12

Kerstin Alexandersson-Broberg
Kerstin Alexandersson-Broberg

Postadress
Karlsborgs kommun
546 82 Karlsborg
E-post
socialkontoret@karlsborg.se

Besöksadress
Storgatan 16
Karlsborg
Webbplats
www.karlsborg.se

Telefon
0505-170 00
Telefax
0505-172 79

Din rapport har skickats in till Socialstyrelsen

Rapportens namn: Kvartalsrapport

Rapportnummer: 1334217810140

Ankomsttid: 2012-04-12 10:03:53

Mottagande myndighet: Socialstyrelsen

Handwritten signature
2012-04-12

Kvartalsrapport

Rapportnummer
1334217810140Rapporteringsstiftelse Aktuell kvartal
20120412 2012Q1Mottagare
Socialstyrelsen

Uppgiftslämnare

| | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| Förnamn Kerstin | | Efternamn Alexandersson-Broberg | |
| Telefon 0505-171 45 | E-postadress kerstin.alexandersson-broberg@karlsborg.se | | |
| Förvaltning Socialförvaltningen Karlsborg | | | |

Nämndens rapport aktuellt kvartal

Finns gynnande beslut som inte verkställts inom 3 månader från beslutsdatum?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| Ja | Nej |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SoL ÅO, äldreomsorg |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> SoL OF, omsorger om personer med funktionsnedsättning |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> SoL IFO, individ- och familjeomsorg |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> LSS OF, omsorger om personer med funktionsnedsättning |

Finns avbrott i verkställighet där biståndet inte åter verkställts inom 3 månader från datum för avbrott?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| Ja | Nej |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SoL ÅO, äldreomsorg |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> SoL OF, omsorg om personer med funktionshinder enligt SOL |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> SoL IFO, individ- och familjeomsorg |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> LSS OF, omsorger om personer med funktionsnedsättning |



1. Kontrollera att uppgifterna är korrekta. Om du vill ändra något trycker du på knappen **Tillbaka** för att gå tillbaka till formuläret.

2. Bekräfta att du har granskat genom att klicka i rutan. Därefter går det inte att gå tillbaka till föregående sidor.



Jag har granskat och samtycker till automatiserad behandling av lämnade uppgifter enligt personuppgiftslagen (1998, 204) PuL

3. Dokumentet kan skrivas ut och sparas, men inte återanvändas.

4. Skicka in dokumentet.

