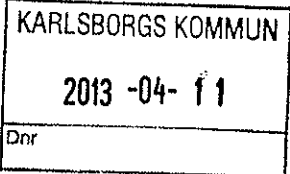




Karlsborgs kommun
Socialförvaltningen



Till
Kommunfullmäktige
Kommunens revisorer

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

Rapporteringstillfälle	April 2013		
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 Verkställt
	Kvinna 1	Permanent bostad	20121002 20130228
Handikappomsorg (HO) (SoL)	Kön	Bistånd enl SoL	Beslutsdatum
	Kvinna 1	Kontaktperson	20121003
Individ och familjeomsorgen (IFO)	Kön	Bistånd enl SoL	Beslutsdatum

Karlsborg 20130411

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

P. J. R. W. C.

Kvartalsrapport

Rapportnummer
1365670766163Rapporteringsställe Aktuellt kvartal
20130411 2013Q1Mottagare
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 ÄO, 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> SoL ÄO, 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.

