



# Vi vill veta vad ni tycker!

Har du synpunkter på de tjänster socialförvaltningen ger, så berätta dem för oss. Det är värdefullt att få ta del av dina synpunkter och klagomål – det ger oss en chans att rätta fel och förbättra verksamheten. Du kan vara anonym, men lämnar du namn så får du ett svar inom 14 dagar.

Vilken verksamhet/enhet gäller anmälan?	Datum
---	-------

Vem anmäler?      Den enskilde       Anhörig       Annan

Skriv dina synpunkter här:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

## *Frivilliga uppgifter*

Namn ..... Telefon .....

Adress .....

Jag vill vara anonym!       Jag vill ha en personlig kontakt, ring mig!

Mottagare av muntliga synpunkter	Datum
----------------------------------	-------

## *Ifylls av registrator*

Anmälan vidarebefordras till ..... Svar senast .....

Återkoppling:      Muntligt       Skriftligt       Nöjd       Missnöjd

Åtgärd/besked .....

Utfört av	Datum
-----------	-------

Blanketten lämnas in, skickas in portofritt eller ges till personal för vidarebefordran till Socialförvaltningen i Katrineholms kommun.

Socialförvaltningen

Frankeras ej  
Mottagaren  
betalar portot

Katrineholms kommun  
Svarspost  
Kundnummer 630063500  
641 20 KATRINEHOLM

Tejpa ihop här