

## Begäran om omprövning av beslut

Den här blanketten kan du använda dig av om du tycker det beslut du fått är felaktigt och du vill att HRAK omprövar beslutet. Vänligen fyll i uppgifterna på denna blankett och skicka den till **HRAK, Box 494, 101 29 Stockholm**.

**OBS! Omprövning ska ha inkommit till HRAK inom 2 månader från att du fått beslutet.**

Förnamn och efternamn

Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)

Telefonnummer och/eller e-postadress

**Vilket beslut vill du att HRAK omprövar?**

.....

**På vilket sätt tycker du att beslutet är felaktigt och vilken ändring vill du ha?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fortsätt på baksidan eller på separat papper om du behöver mer utrymme

**Har du nya handlingar eller uppgifter som du vill tillföra utredningen?**

.....

.....

.....

### Underskrift

Datum

Underskrift