

ÚRSKURÐARNEFND VELFERÐARMÁLA
Katrínartún 2
105 Reykjavík
Sími: 551 8200
Netfang: postur@urvel.is

KÆRA TIL ÚRSKURÐARNEFNDAR VELFERÐARMÁLA

1. Upplýsingar um kæranda:

Fullt nafn:	_____
Kennitala:	_____
Heimilisfang:	_____
Sveitarfélag:	_____ Póstnúmer: _____
Sími:	_____ Netfang: _____

2. Upplýsingar um kæranda (ef kærendur eru tveir):

Fullt nafn:	_____
Kennitala:	_____
Heimilisfang:	_____
Sveitarfélag:	_____ Póstnúmer: _____
Sími:	_____ Netfang: _____

3. Upplýsingar um umboðsmann kæranda/kæranda ef við á:

Fullt nafn:	_____
Kennitala:	_____
Heimilisfang:	_____
Sveitarfélag:	_____ Póstnúmer: _____
Sími:	_____ Netfang: _____

Meðfylgjandi er skriflegt umboð

4. Upplýsingar um kæruefni:

Stjórnvald sem tók hina kærðu ákvörðun: _____

Dagsetning ákvörðunar: _____

5. Kröfur og rökstuðningur fyrir kæru:

6. Fylgiskjöl:

Meðfylgjandi kæru skal vera afrit af bréfi stjórnvalds þar sem fram kemur sú ákvörðun sem verið er aðkæra.

Staður og dagsetning:

Undirskrift kæranda/kæranda:
