



ANSÖKAN OM ÖVERFÖRMYNDARNÄMNDENS SAMTYCKE till köp/försäljning av fast egendom, bostadsrätt m m för enskilda räkning

Huvudman/myndling

Namn	Personnummer
------	--------------

Ställföreträdare (god man/förvaltare/förmyndare)

Namn	Personnummer
------	--------------

Namn	Personnummer
------	--------------

Åtgärd

I egenskap av ställföreträdare avser jag/vi att för huvudmannens/myndlingens räkning företa följande åtgärd (t.ex ”sälja huvudmannens bostadsrätt”):

Om ansökan avser försäljning av huvudmannens/myndlingens bostad, ange hur huvudmannen/myndlingen fortsättningsvis löser sin bostadsfråga:

Ange skälen för den sökta åtgärden (om utrymmet inte räcker, vänligen använd baksidan eller lösblad):

Om ansökan avser försäljning, ange hur försäljningslikviden ska användas:

.....
Ort och datum

Ställföreträdarens underskrift/er

Huvudmannens/myndlingens samtycke till ovanstående åtgärd (myndlingen samtycke krävs om denne är 16 år gammal eller äldre):

Underskrift:.....

Till ansökan ska bifogas:

- Läkarutlåtande om den enskilde inte kan yttra sig (använd bifogad blankett)
- Upprättat köpekontrakt (vid försäljning för den enskildes räkning skall köpekontraktet innehålla en friskrivningsklausul från fel samt ett förbehåll om att köpet inte blir giltigt förrän Överförmyndarnämnden lämnat sitt samtycke)
- Oberoende värderingsintyg eller bevis för att försäljning ägt rum på den öppna marknaden till högstbudande
- Skriftligt yttrande från den enskildes nära anhöriga (i den mån det kan inhämtas)

Överförmyndarenheten

POSTADRESS
501 80 Borås

BESÖKSADRESS
Bryggaregatan 5

WEBBPLATS
www.boras.se/overformyndaren

TELEFON
033-35 70 00

FAX
033-35 81 65

YTTRANDE FRÅN ANHÖRIG**i ärende angående köp eller försäljning av fast egendom, bostadsrätt, tomträtt m m
för enskilda räkning**

Ni bereds enligt föräldrabalken 16 kap 9 § tillfälle att yttra Er i egenskap av:

- make eller sambo
- släkting (bröstarvinge, förälder, syskon)

Till:

Huvudman/myndling

Namn	Personnummer
------	--------------

Yttrandet avser:

- Köp Försäljning

av fastigheten/bostadsrätten:

Beteckning

- Jag accepterar ovanstående åtgärd
- Jag motsätter mig ovanstående åtgärd ¹

.....
Ort och datum.....
Anhörigs underskrift.....
Namnförtydligande¹ Ange skälen på baksidan av blanketten**Skicka den ifyllda blanketten till ställföreträdaren** eller till Borås Stad, Överförmyndarenheten,
501 80 Borås

Överförmyndarenheten

POSTADRESS
501 80 BoråsBESÖKSADRESS
Bryggaregatan 5WEBBPLATS
www.boras.se/overformyndarenTELEFON
033-35 70 00FAX
033-35 81 65



INTYG FRÅN LÄKARE ELLER PSYKOLOG

i ärende angående försäljning av fast egendom, bostadsrätt, m m för enskilds räkning

Härmed intygas att nedanstående person på grund av sitt hälsotillstånd inte förstår innebörden av en försäljning av fastighet eller bostadsrätt och inte heller kan bo i bostaden eller nyttja den på annat sätt.

Den enskildes personuppgifter

Namn	Personnummer
------	--------------

Övrig information (frivilligt)

--

Underskrift och kontaktuppgifter

.....
Ort och datum

Namnteckning

.....
Tjänstetitel

Namnförtydligande

.....
Adress

Telefonnummer

Skicka den ifyllda blanketten till ställföreträdaren eller till Borås Stad, Överförmyndarenheten, 501 80 Borås