



ANMÄLAN TILL ÖVERFÖRMYNDARNÄMNDEN

avseende behov av god man eller förvaltare enligt föräldrabalken 11 kap 4 § respektive 7 §

Om någon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person, skall rätten, enligt föräldrabalken 11 kap 4 §, om det behövs, besluta att anordna godmanskap för honom eller henne.

Ett sådant beslut får inte meddelas utan samtycke av den för vilken godmanskap skall anordnas, om inte den enskildes tillstånd hindrar att hans eller hennes mening inhämtas. Om den enskilde är ur stånd att vårda sig eller sin egendom, kan enligt 11 kap 7 § föräldrabalken, förvaltarskap anordnas.

Kryssa för det anmälan avser

God man Förvaltare

Person anmälan gäller

Namn		Personnummer	
Adress		Postnummer	Ort
Vistelseadress (om annan än ovanstående)		Postnummer	Ort
Tel bostad	Tel arbete	Tel mobil	e-postadress

Anmälan upprättad av

Namn		Tjänstetitel	
Adress		Postnummer	Ort
Tel arbete	Tel mobil	e-postadress	

Förslag på god man/förvaltare

Namn		Ev relation med personen anmälan gäller		Personnummer	
Adress		Postnummer		Ort	
Tel bostad	Tel arbete	Tel mobil	e-postadress		

Förslag på god man/förvaltare saknas

I vilken omfattning och med vad behöver ovan nämnd person hjälp?

(Observera att förordnandet endast ska omfatta det hjälpbehov som inte redan tillgodoses)

- Bevaka sin rätt (t.ex. ansökningar till myndigheter, överklaganden, avtal m.m.)
- Förvalta sin egendom (sköta sin ekonomi, betala räkningar m.m.)
- Sörja för sin person (se till att personliga och sociala behov tillgodoses)

Tillfälligt förordnande:

- Bevaka sin rätt avseende viss rättshandling nämligen (t.ex. vid fastighetsförsäljning, arvskifte etc.):

Övriga upplysningar:

Utredning

Vilka omständigheter gör att ovan nämnd person har behov av ställföreträdare och på vilket sätt visar sig problemen?

Vad har gjort att behov av hjälp har uppstått just nu?

Hur har behovet tillgodosetts tidigare?

JA

NEJ

Har den enskilde utfärdat fullmakt? Till: _____

Varför kan den enskildes behov inte tillgodoses med hjälp av fullmakt?

JA

NEJ

Har den enskilde förmedling av egna medel via socialtjänsten?

Varför kan den enskildes behov inte tillgodoses med hjälp av förmedling (bifoga ev. avslagsbeslut/yttrande från förmedlingsassistent om hur förmedlingen fungerar i det enskilda fallet)?

Hur sköts den enskildes ekonomi idag och av vem?

JA

NEJ

Ingår den enskilde rättshandlingar som är till skada för honom/henne?

(t.ex. upptar lån utan täckning, beställer varor etc.)

Har den enskilde skulder och i så fall hur ser skuldsituationen ut (kommer det kravbrev, betalas räkningarna i tid etc.)?

JA

NEJ

Får den enskilde regelbundet besök av anhöriga eller annan närstående?

(ca 1 besök/månad)

Vilken typ av boende har den enskilde och eventuellt stöd i hemmet?

Har den enskilde några andra bistånd eller insatser?

Boendepersonal, hemtjänst, kontaktpersoner m.fl.

Namn		Tjänstetitel	
Adress		Postnummer	Ort
Tel arbete	Tel mobil	e-postadress	

Namn		Tjänstetitel	
Adress		Postnummer	Ort
Tel arbete	Tel mobil	e-postadress	

Namn		Tjänstetitel	
Adress		Postnummer	Ort
Tel arbete	Tel mobil	e-postadress	

Myndighetskontakter

Myndighets- och sjukvårdskontakter, t ex tjänstemän inom socialtjänsten såsom socialsekreterare, biståndsbedömare eller LSS-handläggare.

Namn		Tjänstetitel	
Adress		Postnummer	Ort
Tel arbete	Tel mobil	e-postadress	

Namn		Tjänstetitel	
Adress		Postnummer	Ort
Tel arbete	Tel mobil	e-postadress	

Namn		Tjänstetitel	
Adress		Postnummer	Ort
Tel arbete	Tel mobil	e-postadress	

Närmaste anhöriga/närstående

Observera att det är av stor vikt att kontrollera och ange vilka som är anhöriga/närstående till den enskilde. Använd extra blad om fler anhöriga/närstående finns.

Namn	Relation med person anmälan gäller	Födelseår
Adress	Postnummer	Ort
Tel bostad	Tel mobil	e-postadress

Namn	Relation med person anmälan gäller	Födelseår
Adress	Postnummer	Ort
Tel bostad	Tel mobil	e-postadress

Namn	Relation med person anmälan gäller	Födelseår
Adress	Postnummer	Ort
Tel bostad	Tel mobil	e-postadress

Namn	Relation med person anmälan gäller	Födelseår
Adress	Postnummer	Ort
Tel bostad	Tel mobil	e-postadress

Namn	Relation med person anmälan gäller	Födelseår
Adress	Postnummer	Ort
Tel bostad	Tel mobil	e-postadress

Namn	Relation med person anmälan gäller	Födelseår
Adress	Postnummer	Ort
Tel bostad	Tel mobil	e-postadress

Samtycke

Om den anmälan gäller kan (ska framgå av bifogat läkarintyg) samtycka till ställföreträdarskapet kan det ske genom undertecknande här nedan. Observera att samtycke är en förutsättning för godmanskap, om inte den enskildes tillstånd hindrar att hans eller hennes mening inhämtas.

Jag samtycker till att

God man Förvaltare

anordnas för mig i ovan angiven omfattning.

Jag är medveten om att om mina skattepliktiga inkomster, under det år när ställföreträdarens uppdrag utförs, överstiger 2,65 gånger prisbasbeloppet, eller om mina tillgångar under samma år överstiger två gånger prisbasbeloppet, ska ställföreträdarens arvode betalas av mig.

.....
Ort och datum

Underskrift

.....
Namnförtydligande

Underskrift av anmälare enligt delegationsbeslut

.....
Ort och datum

Anmälares underskrift

.....
Namnförtydligande

Följande ska bifogas anmälan:

- Läkarintyg (blankett kan hämtas på överförmyndarens hemsida, www.boras.se/overformyndaren)
- Personbevis med släktutredning för den anmälan gäller (kan beställas av skattemyndigheten tfn 077-156 75 67)
- Yttranden från anhöriga/närstående (blankett kan hämtas på överförmyndarens hemsida)
- Underlag för eventuell skuldsituation (skulder hos Kronofogdemyndigheten är offentliga uppgifter)

För att handläggningstiden ska begränsas då det finns förslag på ställföreträdare, bör även åtagande om uppdraget bifogas till anmälan. Om huvudmannen förstår vad saken gäller ska den enskilde samtycka till den föreslagna ställföreträdaren, särskilda blanketter finns på överförmyndarens hemsida för åtagande och samtycke.

Anmälan skickas till:
Överförmyndarenheten
501 80 BORÅS