



## Anmälan till överförmyndaren

avseende behov av god man eller förvaltare  
enligt föräldrabalken 11 kap. 4 § och 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 ska 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 ska anordnas, om inte den enskildes tillstånd hindrar att hans eller hennes mening inhämtas. Om den enskilde inte kan vårda sig själv eller sin egendom kan, enligt 11 kap. 7 § föräldrabalken, förvaltarskap anordnas.

### Kryssa för det anmälan avser

God man  Förvaltare

### Uppgifter om den anmälan gäller

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

### Anmälan upprättad av

Namn		Tjänstetitel	
Adress		Postnummer	Ort
Tel arbete	Mobil	e-post	

### Förslag på god man/förvaltare

Namn		Ev relation med den anmälan gäller	Personnummer
Adress		Postnummer	Ort
Tel bostad	Tel arbete	Mobil	e-post

Förslag på god man/förvaltare saknas

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

(Observera att förordnandet bara 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?

Har den enskilde utfärdat fullmakt?  Ja, till: \_\_\_\_\_  Nej

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

Har den enskilde förmedling av egna medel via socialtjänsten?  Ja  Nej

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?

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

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

Ja  Nej

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

Får den enskilde regelbundet besök av anhöriga eller annan närstående?

(ca 1 besök/månad)

Ja  Nej

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	Mobil	e-post

Namn		Tjänstetitel
Adress	Postnummer	Ort
Tel arbete	Mobil	e-post

Namn		Tjänstetitel
Adress	Postnummer	Ort
Tel arbete	Mobil	e-post

## Myndighetskontakter

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

Namn		Tjänstetitel
Adress	Postnummer	Ort
Tel arbete	Mobil	e-post

Namn		Tjänstetitel
Adress	Postnummer	Ort
Tel arbete	Mobil	e-post

Namn		Tjänstetitel
Adress	Postnummer	Ort
Tel arbete	Mobil	e-post

## 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		Tjänstetitel	
Adress		Postnummer	Ort
Tel arbete	Mobil		e-post

Namn		Tjänstetitel	
Adress		Postnummer	Ort
Tel arbete	Mobil		e-post

Namn		Tjänstetitel	
Adress		Postnummer	Ort
Tel arbete	Mobil		e-post

Namn		Tjänstetitel	
Adress		Postnummer	Ort
Tel arbete	Mobil		e-post

## Uppgift om vårdinstans

Om du vet vilken vårdcentral personen tillhör så fyll i det nedan. Om du känner till någon annan vårdinstans än vårdcentralen som känner personen så fyll i det nedan.

--

## Samtycke

Om den anmälan avser kan samtycka till ställföreträdarskapet kan de 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 omfattning enligt ovanstående information.

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 2 gånger prisbasbeloppet, ska ställföreträdarens arvode betalas av mig.

.....  
Ort och datum

.....  
Underskrift

.....  
Namnförtydligande

### Underskrift av anmälare enligt delegationsbeslut

.....  
Ort och datum

.....  
Underskrift

.....  
Namnförtydligande

### Anmälan skickas till:

**Ulricehamns kommun**  
**Överförmyndaren**  
**523 86 Ulricehamn**

### Information om personuppgiftsbehandling

Personuppgifterna som sparas och behandlas är de du angett på denna blankett. Syftet med en sådan behandling är för att kunna handlägga din ansökan om vad blanketten avser. Anledningen är att Ulricehamns kommun ska kunna handlägga ditt ärende på ett korrekt vis. Den rättsliga grunden är myndighetsutövning. På kommunens webbsida kan du läsa mer om hur vi hanterar dina personuppgifter. Om du exempelvis vill radera, rätta, invända, eller begära registerutdrag av dina personuppgifter hittar du kontaktuppgifter till kommunen och våra dataskyddsombud på webbsidan.

<https://www.ulricehamn.se/om-webbplatsen/personuppgifter/>