

ÖVERFÖRMYNDARNÄMNDEN

**Skicka anmälan till:
Överförmyndarnämnden
Söderhamns Kommun
826 80 Söderhamn**

Kryssa för det anmälan avser

 God Man Förvaltare**1. Person anmälan gäller**

Namn		Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Vistelseadress (om annan än ovanstående)	Postnummer	Ort
Telefon	E-postadress	

2. Anmälare

Namn	Titel	Arbetsplats
Adress till arbetsplatsen	Postnummer	Ort
Telefon	E-postadress	

3. Skäl för anmälan

<input type="checkbox"/> Sjukdom	<input type="checkbox"/> Psykisk störning	<input type="checkbox"/> Försvagat hälsotillstånd
<input type="checkbox"/> Annat liknande tillstånd: _____		

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.

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

- Bevaka min rätt
- Förvalta min egendom
- Sörja för min person
- Bevaka min rätt avseende viss rättshandling nämligen:

5. Vilka omständigheter gör att ovan nämnd person har behov av god man/förvaltare och på vilket sätt visar sig problemen?

6. Vad har gjort att behov av hjälp har uppstått just nu? Hur har behovet tillgodosetts tidigare?

7. Har personen anmälan gäller tidigare utfärdat fullmakt till någon? Om ja, vad gör att det inte är tillräckligt med fullmakt för att uppfylla behov av hjälp?

8. Vad gör att behov av hjälp inte kan tillgodoses på ett mindre ingripande sätt, t ex genom fullmakt, banktjänster, hjälp från anhöriga eller hjälp ifrån socialtjänsten eller andra samhällsinsatser?

9. Uppgifter om boendeform och eventuell kontaktperson inom hemtjänst eller särskilt boende. Även uppgifter om boendestöd m m (ange även telefonnummer) samt planerade förändringar i boendet.

10. Ange vilken hälsocentral eller mottagning personen tillhör.

11. Andra myndighets- och sjukvårdskontakter, t ex tjänstemän inom socialtjänsten såsom socialsekreterare, biståndsbedömare eller LSS-handläggare (ange även telefonnummer).

12. Namn adress och telefonnummer och släktrelation till närmast anhöriga. Även uppgift om annan som står personen nära.

13. Bilagor som skall lämnas tillsammans med anmälan

1. Läkarintyg eller annan likvärdig utredning om den enskildes hälsotillstånd (om dessa underlag finns).
2. Social utredning (om inte sådana uppgifter lämnats ovan) Utfärdas av befattningshavare inom socialtjänsten eller sjukvården.

14. Förslag på god man/förvaltare

Namn		Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Telefon hem		Mobil

15. Underskrift från anmälare

Ort och datum
Namnteckning
Namnförtydligande

16. Om personen anmälan gäller kan samtycka till godmanskapet/förvaltarskapet (skall framgå av bifogat läkarintyg) kan det ske genom undertecknande här nedan

”Jag tillstyrker att god man/förvaltare förordnas för mig i ovan angiven omfattning”

Ort och datum
Namnteckning den anmälan gäller
Namnförtydligande den anmälan gäller