

BÅSTADS KOMMUN
Överförmyndaren
269 80 BÅSTAD**Ansökan/Anmälan om god man/förvaltare**

11 kap 4 § föräldrabalken "Om någon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållanden behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom, eller sörja för sin person, skall rätten, 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."

11 kap 7 § föräldrabalken "Om någon befinner sig i en sådan situation som anges i 4 § är ur stånd att vårda sig eller sin egendom, får rätten besluta att anordna förvaltarskap för honom eller henne. Förvaltarskap får dock inte anordnas, om det är tillräckligt att godmanskap anordnas eller på något annat, mindre ingripande sätt får hjälp."

| | | |
|-----------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Ansökan gäller: | <input type="checkbox"/> God man | <input type="checkbox"/> Förvaltare |
|-----------------|----------------------------------|-------------------------------------|

Person ansökan/anmälan gäller

| | |
|---------------------------------|---------------|
| Förnamn och efternamn | |
| Personnummer | |
| Adress, postnummer och ort | |
| Vistelseadress om annan än ovan | |
| Telefon hem (även riktnr) | Telefon mobil |

Hjälpbehov Omfattning som personen behöver hjälp av god man/förvaltare (se anvisningar till ansökan)

- 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 (tillgodose personliga och sociala behov)

Beskriv mer utförligt vad eller vilka åtgärder som personen behöver hjälp med vad gäller ekonomiska, rättsliga eller personliga angelägenheter

| |
|--|
| |
|--|

Hälsotillstånd Vilka hälsoskäl som gör att personen behöver hjälp av god man/förvaltare

| |
|--|
| |
|--|

BÅSTADS KOMMUN
Överförmyndaren
269 80 BÅSTAD

Åtgärder som vidtagits för att tillgodose hjälpbehovet

Bevaka rätt

| | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Har möjligheterna att skriva fullmakt för rättsliga angelägenheter undersökts? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Har möjligheterna att tillgodose personens behov genom socialtjänstens försorg undersökts, t.ex. kontaktperson? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

Förvalta egendom

| | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Finns fullmakt för ekonomiska angelägenheter? Om Ja på ovanstående fråga: Varför är inte fullmakt tillräcklig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Har möjligheten att anordna egnamedelsförvaltning, skuldsanering m.m genom socialtjänsten undersökts? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Betalas räkningar på autogiro? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

Sörja för person

Vilken typ av boende har personen?
(t.ex. äldreboende, boende med särskilt stöd, egen bostad utan stöd, bor med föräldrarna eller annat)

| | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Har möjligheterna att tillgodose personens behov genom socialtjänstens försorg undersökts, t.ex. kontaktperson? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Har personen hemtjänst? Om JA, Ange hur många timmar/vecka | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Har personen boendestöd? Om JA, Ange hur många timmar/vecka | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Har personen personligassistent? Om JA, Ange hur många timmar/vecka | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Har personen ledsagare? Om JA, Ange hur många timmar/vecka | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

Om du har svarat NEJ på någon av ovanstående frågor, ange anledningen.



BÅSTADS KOMMUN

Ansökan/Anmälan om god man / förvaltare

Ankomststämpel

Sida 3 (3)

BÅSTADS KOMMUN
Överförmyndaren
269 80 BÅSTAD

Boendepersonal, hemtjänst, kontaktpersoner m.fl.

Ange namn och telefonnummer till boendepersonal, hemtjänst kontaktpersoner m.fl.

| |
|--|
| |
|--|

Myndighetskontakter

Myndighets- och sjukvårdskontakter t.ex. biståndsbedömare m.m inom socialtjänsten, LSS- handläggare, kurator, läkare/sjuksköterska m.m. (Ange även telefonnr)

| |
|--|
| |
|--|

Närmast anhöriga

Släktskap, namn, adress och telefonnummer till närmast anhöriga

| |
|--|
| |
|--|

Ev. förslag på god man/förvaltare

| | | |
|-------------------------|--------------|-------------------|
| Förnamn och efternamn | Personnummer | Telefonnummer hem |
| Adress, postnummer, ort | | Mobil |

Underskrift

| | | | |
|-------------------|------------------------------|-------|--|
| Datum | Ort | | |
| Underskrift | Adress, postnummer, ort | | |
| Namnförtydligande | Telefon dagtid (även riktnr) | Mobil | |

| | |
|--------------------------|-------|
| Ansökan/Anmälan gjord av | |
| Anhörig - ange släktskap | Annan |

OBS! Till ansökan ska bifogas: Läkarintyg, social utredning (skriven av biståndshandläggare, kurator, sjuksköterska eller annan.

Ansökan/anmälan skickas till:

BÅSTADS KOMMUN
Överförmyndaren
269 80 BÅSTAD

Postadress
Båstads kommun
269 80 Båstad

Besöksadress
Vångavägen 2
269 80 Båstad

Webbadress
www.bastad.se
bastads.kommun@bastad.se

Telefon, Telefax
0431-770 00,
0431-770 20