

## Anmälan

Socialnämnden har enligt 5 kap 3 § socialtjänstförordningen (2001:937) skyldighet att anmäla till överförmyndaren om den finner att god man eller förvaltare bör förordnas för någon. Sådan anmälan skall göras på denna blankett. Syftet med blanketten är att utreda om förutsättningarna för godmanskap eller förvaltarskap är uppfyllda och att behov i föräldrabalkens mening av sådan ställföreträdare föreligger. Samma skyldighet föreligger enligt Förordning (2017:80) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården 4 kap. § 3 p 2. Skicka anmälan till: Överförmyndare i samverkan, Box 153, 301 05 Halmstad.

Kryssa för det anmälan avser      God man      Förvaltare

### 1. Anmälan gäller

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

### 2. Anmälare

Namn		Titel	Arbetsplats
Adress till arbetsplatsen		Postnummer	Ort
Tel		Tel mobil	e-postadress

### 3. I vilken omfattning och med vad behöver ovan nämnd person hjälp

Förvalta sin egendom	Förvalta egendom innebär att ställföreträdaren sköter huvudmannens ekonomi, betalar räkningar, lämnar fickpengar, förvaltar kapital, värdehandlingar, fastigheter m m, ser till att huvudmannens egendom är tillfredställande försäkrad o s v
Sörja för sin person	Sörja för person brukar också kallas för personlig omvårdnad. Det innebär att ställföreträdaren ska se till att huvudmannen får den vård och omsorg han/hon behöver och har rätt till.
Bevaka sin rätt	Bevaka rätt innebär att ställföreträdaren bevakar huvudmannens rätt i generell betydelse, t ex ansöker om kontaktperson, bostadsbidrag, anmäler hyresändringar överklagar beslut m m.
Bevaka sin rätt avseende viss rättshandling nämligen:	

**4. Beskriv mer utförligt vad eller vilka åtgärder som den enskilde behöver hjälp med vad gäller ekonomiska, rättsliga och personliga angelägenheter:**

#### **5. Nuvarande situation**

Vilka inkomster samt tillgångar och skulder har den enskilde?

Hur tas den enskildes ekonomi om hand idag? Beskriv anledningen till att detta inte kan fortsätta.

Vilka hälsoskäl gör att den enskilde behöver hjälp av god man/förvaltare?

## 6. Åtgärder som vidtagits för att tillgodose hjälpbehovet

**Förvalta egendom:** Finns **fullmakt** eller **framtidfullmakt** för ekonomiska angelägenheter?

Har möjligheten enl. 17 kap. föräldrabalken, för **anhöriga att ta hand om ekonomiska angelägenheter** prövats?

Ja

Nej

Om **Ja**, varför kan inte detta fortsätta? Om **nej**, varför har inte möjligheten till detta undersökts? Vad hindrar användandet av **fullmakt**, ikraftträdande av **framtidfullmakt** eller **anhörigbehörighet**?

Har möjlighet att anordna egnamedelsförvaltning, skuldsanering m.m. genom socialförvaltningen undersökts?  
Om Ja, varför har inte detta fungerat? Om nej, vad hindrar sådana kontakter?

Ja

Nej

Har räkningar satts på autogiro?

Ja

Nej

### Sörja för person:

Vilken typ av boende har den enskilde? (t ex äldreboende, boende med särskild service, gruppboende, hyresrätt, bostadsrätt, villa/radhus, bor med föräldrar/anhöriga etc.)

Har möjligheterna att tillgodose den enskildes behov genom socialtjänstens försorg undersökts, t ex kontaktperson?

Ja

Nej

Har den enskilde hemtjänst?

Om Ja, Ange hur många timmar/vecka  
(Om timmar inte kan anges, ange beslutad insats eller bifoga beslut)

Ja

Nej

Timmar/vecka eller beslutad insats

Har den enskilde boendestöd?

Om Ja, Ange hur många timmar/vecka  
(Om timmar inte kan anges, ange beslutad insats eller bifoga beslut)

Ja

Nej

Timmar/vecka eller beslutad insats

Har den enskilde personlig assistans?

Om Ja, Ange hur många timmar/vecka  
(Om timmar inte kan anges, ange beslutad insats eller bifoga beslut)

Ja

Nej

Timmar/vecka eller beslutad insats

Har den enskilde ledsagare?

Om Ja, Ange hur många timmar/vecka  
(Om timmar inte kan anges, ange beslutad insats eller bifoga beslut)

Ja

Nej

Timmar/vecka eller beslutad insats

Har den enskilde personligt ombud? Ja Nej

Har den enskilde något övrigt bistånd eller insatser från socialtjänsten? Ja Nej

Om Ja, ange vad

**Bevaka rätt:**

Har möjligheten att skriva fullmakt för rättsliga angelägenheter undersökts? Ja Nej

Om Nej, vad hindrar användandet av fullmakt?

---

**7. Kontaktpersoner**

**Boendepersonal:**

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

**Myndighetskontakter:**

Ange namn och telefonnummer till myndighets- och sjukvårdskontakter t ex biståndshandläggare m m inom socialtjänsten, LSS-handläggare, kurator, läkare/ sjuksköterska m fl. Uppge också på vilken vårdcentral den enskilde är listad.

**Anhöriga:**

Ange släktskap, namn, adress och telefonnummer till närmast anhöriga

## 8. Förslag på god man

Namn		Personnr	
Adress		Postnummer	Ort
Tel bostad	Tel arbete	Tel mobil	e-postadress

Är den enskilde informerad om att han/hon som huvudregel själv kan få bekosta arvodet? Ja                  Nej

Den enskilde godkänner den gode man som överförmyndaren utser. Ja                  Nej

## 9. Bilagor som ska lämnas tillsammans med anmälan:

1. Läkarintyg (socialstyrelsens blankett HSLF-FS 2018:54 Bilaga 2 eller 3) Blanketten kan hämtas på socialstyrelsens webbsida [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).)
2. Social utredning från biståndsbedömare, kurator, etc. som styrker behovet av god man/förvaltare (om inte sådana uppgifter lämnats ovan). Utfärdas av befattningshavare inom socialtjänsten eller sjukvården.
3. Om den enskildes hälsotillstånd hindrar att dennes mening inhämtas ska yttrande från närstående, t ex make/sambo och barn bifogas anmälan

## 10. Underskrift

Ort och datum	Namnförtydligande
Underskrift anmälare	

## 11. Samtycke från den anmälan gäller

Om den anmälan gäller <u>kan</u> samtycka till godmanskapet kan det ske genom undertecknande här nedan. (Ska framgå av bifogat läkarintyg.) ”Jag samtycker till att god man förordnas för mig i ovan angiven omfattning och är medveten om att jag själv kan få komma att betala gode mannens/förvaltarens arvode”	
Ort och datum	Namnförtydligande
Underskrift	