

Anmälan om behov av god man eller förvaltare

Anmälan kan göras av socialtjänsten (kommunen) eller viss sjukvårdspersonal

Överförmyndarnämnden

Person anmälan gäller*

| | | |
|----------------------|--------------|--------------|
| Namn | | Personnummer |
| Folkbokföringsadress | Postnummer | Ort |
| Telefonnummer | E-postadress | |

Anmälare

| | | |
|-----------------------------|--------------|-------------|
| Namn och titel | | Arbetsplats |
| Adress (arbetsplats) | Postnummer | Ort |
| Telefonnummer (arbetsplats) | E-postadress | |

Anmälan avser

- God man (föräldrabalken 11 kap 4 §)
- Förvaltare (föräldrabalken 11 kap 7 §) Vid förvaltarskap krävs att personen i fråga är **ur stånd** att vårda sig och/eller sin egendom
- Ärendet är särskilt brådskande (föräldrabalken 11 kap 18 §) Den enskildes angelägenheter kräver **omedelbar vård** eller dröjsmål skulle **uppenbarligen medföra fara** för den enskildes person eller egendom. Utveckla detta i bilaga!

Jag som gör anmälan anser att personen behöver hjälp med att

- Bevaka sin rätt (juridiska angelägenheter, ansökningar, överklaganden med mera)
- Förvalta sin egendom (ekonomiska angelägenheter, betala räkningar med mera)
- Sörja för sin person (se till att huvudmannen har ett bra boende, god omvårdnad och hög livskvalitet, följa upp beviljade insatser med mera)
- Hjälp i en viss rättshandling (till exempel försäljning av egendom) Ange vad:

Beskriv ovan nämnd persons ekonomiska förhållanden, såsom inkomster och utgifter, tillgångar och skulder:

Hur bor personen som anmälan gäller?

- Hyresrätt Bostadsrätt Egen fastighet Särskilt boende Annat:

Annan information om boendesituationen som kan vara relevant i sammanhanget:

* Personuppgifterna kommer att behandlas i Lerums kommuns datasystem. Mer information finns på hemsidan www.lerum.se/personuppgifter

Beskriv personens sjukdom eller nedsättning (eller annat liknande förhållande) som gör att hen behöver hjälp

- Sjukdom (t.ex demens) Diagnosticerad psykisk sjukdom Försvagat hälsotillstånd (pga ålder, olycka med flera)
 Liknande förhållande (t.ex aktivt missbruk, funktionsnedsättning)

Beskriv hur ov anstående sjukdom/nedsättning/liknande förhållande påverkar personens förutsättningar att ta ansvar för sina angelägenheter och hur hen fungerar i sin vardag

Hur har personen i fråga fått den hjälp som behövs fram tills nu?

Varför anser du som anmälare att behovet av ställföreträdare uppstått nu?

Beskriv vilka andra åtgärder som prövats och varför det inte längre fungerar: (t.ex. autogiro, fullmakt, förmedling, budgetrådgivning, personligt ombud)

Kontaktuppgifter

| Namn på närmast anhöriga | Relation | Telefonnummer/e-post |
|--------------------------|----------|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Namn på kontaktperson, hemtjänst-/boendepersonal, myndighets-/sjukvårdskontakter m.fl | Titel | Telefonnummer |
|---|-------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Förslag¹ på god man/förvaltare (bifoga åtagande)

| | | | |
|------------|------------|---------------|--|
| Namn | | Telefonnummer | |
| Gatuadress | Postnummer | Ort | |

Underskrift anmälare

| | | |
|-------|-------------|--------------------|
| Datum | Underskrift | Namn förtydligande |
|-------|-------------|--------------------|

Underskrift den anmälan gäller (för godmanskap krävs **alltid** samtycke från person som förstår vad saken gäller)

| | | |
|-------|-------------|--------------------|
| Datum | Underskrift | Namn förtydligande |
|-------|-------------|--------------------|

Blanketten skickas till

Överförmyndarnämnden
443 80 LERUM

Följande bifogas anmälan:

- Social utredning
 Åtagande från god man/förvaltare
 Läkarintyg
 Yttrande från anhörig
 Annat:

¹ Du behöver inte ge förslag på god man/förvaltare. Överförmyndarnämnden kommer att rekrytera en vid behov. Vid förslag på god man/förvaltare är det överförmyndarnämnden som bedömer lämpligheten.