Gällivare kommun Pajala KOMMUN JOKKMOKKS KOMMUN JÅHKÅMÅHKE KOMMUVYNNA JÅHKÅMÅHKI SUOHKAN

Lapplands överförmyndarnämnd

ANMÄLAN OM GOD MAN/FÖRVALTARE

Denna blankett kan användas av socialförvaltningen eller sjukvården vid kännedom om behov av god man/förvaltare

Anmälan skickas till: Lapplands överförmyndarnämnd, Gällivare kommun, 982 81 Gällivare

Vid anmälan ska LÄKARINTYG och SOCIAL UTREDNING bifogas.

❑ God man (LÄKARINTYG på blankett "Ifyllnadsstöd för läkarintyg i ärende om anordnande av godmanskap - 2021-10-04" bifogas)

❑ Förvaltare (LÄKARINTYG på blankett "Ifyllnadsstöd för läkarintyg i ärende om anordnande av förvaltarskap - 2021-10-05" bifogas) (motivera varför godmanskap inte är tillräckligt)

……..

……...

……...

Personuppgifter på den anmälan avser

Namn		Personnummer
Adress	Postnr	Postadress
Vistelseadress (om annan än ovan)		
E-post	Mobilnr	Telnr dagtid

God man eller förvaltare behövs för att hjälpa till med att:

❑ Bevaka rätt ❑ Förvalta egendom ❑ Sörja för person

❑ Bevaka rätt enbart avseende:……

Boendeform idag:

❑ Eget boende ❑ Gruppboende ❑ Äldreboende

❑ Annat:…….....

Eventuellt planerad förändring av boendet:……

OF 2025-06

Postadress
Lapplands
överförmyndarnämnd
Gällivare kommun
982 81 GÄLLIVARE

Telefon
0970-81 80 00 (växel)

Hemsida/E-post
www.gallivare.se
overformyndarnamnden@gallivare.se

ANMÄLAN OM GOD MAN/FÖRVALTARE
Denna blankett kan användas av socialförvaltningen eller sjukvården vid kännedom om behov av god man/förvaltare

Omvårdnad erhålls idag genom:

❑ Anhörig ❑ Hemtjänst ❑ Assistans
❑ Annat sätt:……...….
Kontaktuppgifter till den som har omvårdnaden idag (namn och telefonnummer):

……..

Vilken hälsocentral tillhör den enskilde?

.....

Finns daglig sysselsättning/arbete?

❑ Nej ❑ Ja, vilken?.....

Vem sköter ekonomin idag?

❑ Den enskilde själv ❑ Annan person, vem?.....

Finns fullmakt för denna person? ❑ Ja ❑ Nej ❑ Vet ej

Vilket hjälpbehov ska tillgodoses med godmanskap/förvaltarskap?

Problem med att sköta sin ekonomi, kontakt med myndigheter, svårigheter i övrigt (beskriv utförligt)

……...

……...

……...

……...

Varför finns ovan nämnda hjälpbehov?

Ange och beskriv hälsotillståndet

……...

……...

……...

……...

Postadress
Lapplands
överförmyndarnämnd
Gällivare kommun
982 81 GÄLLIVARE

Telefon
0970-81 80 00 (växel)

Hemsida/E-post
www.gallivare.se
overformyndarnamnden@gallivare.se

ANMÄLAN OM GOD MAN/FÖRVALTARE
Denna blankett kan användas av socialförvaltningen eller sjukvården vid kännedom om behov av god man/förvaltare

Vad gör att hjälpbehovet inte kan tillgodoses på annat sätt?

T ex genom fullmakt, banktjänster såsom autogiro, hjälp från anhöriga, eller hjälp från socialtjänsten/andra samhällsinsatser

……...

……...

……...

……...

Kontaktinformation till anhöriga och tjänstemän inom socialförvaltningen/sjukvården

……...

……...

……...

……

Underskrift av uppgiftslämnaren

Underskrift	Namnförtydligande	
Befattning		Ort och datum
Arbetsplats	Postnr	Postadress
Telnr dagtid	Mobilnr:	E-post

Samtycke om den enskilde förstår och kan skriva under

”Jag samtycker till att god man eller förvaltare anordnas i ovan angiven omfattning”
Ort och datum
Namnteckning av den anmälan avser

LÄKARINTYG och SOCIAL UTREDNING ska alltid bifogas anmälan.

Anmälan skickas till:
Lapplands överförmyndarnämnd
Gällivare kommun
982 81 GÄLLIVARE

Det är ENDAST socialförvaltningen och sjukvården som är behörig att anmäla till överförmyndarnämnden.

Postadress
Lapplands
överförmyndarnämnd
Gällivare kommun
982 81 GÄLLIVARE

Telefon
0970-81 80 00 (växel)

Hemsida/E-post
www.gallivare.se
overformyndarnamnden@gallivare.se