

Lapplands överförmyndarnämnd

Avser perioden _____

Myndling:

Personnr:	Namn:
-----------	-------

Särskilt förordnad förmyndare:

Personnr:	Namn:
-----------	-------

Ifylles av den särskilt förordnande förmyndaren

Myndling har under perioden bott:		
<input type="checkbox"/> I familjehem	<input type="checkbox"/> På institution	<input type="checkbox"/> I annat boende, nämligen: _____
Kontaktuppgifter till den omyndiges boende:		

Adress	_____	
Telefon	Kontaktperson/familjehemsförälder (namn)	

Jag önskar arvode för uppdraget:

Ja Nej

Jag begär milersättning (körjournal ska bifogas för att milersättning ska utgå)

Jag begär kostnadsersättning enligt schablon faktisk kostnad (bifoga kvitton)

Datum

Ort

Namnteckning (särskilt förordnad förmyndare)

Postadress

Överförmyndarnämnden
Gällivare kommun
982 81 GÄLLIVARE

Telefon

0970-81 80 00 (växel)

Hemsida/E-post

www.gellivare.se
overformyndarnamnden@gallivare.se