

**ANMÄLAN OM GOD MAN/FÖRVALTARE**

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

**Anmälan skickas till:** Överförmyndarnämnden, Gällivare kommun, 982 81 Gällivare

Vid anmälan ska LÄKARINTYG (på blankett SoFs 2013:4) och SOCIAL UTREDNING alltid bifogas.

Kryssa för det alternativ som avses:

- God man (LÄKARINTYG på blankett SoFs 2013:4 bilaga 1 bifogas)
- Förvaltare (LÄKARINTYG på blankett SoFs 2013:4 bilaga 2 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:.....

**Postadress**  
Överförmyndarnämnden  
Gällivare kommun  
982 81 GÄLLIVARE

**Telefon**  
0970-81 80 00 (växel)

**Fax**  
0970-144 51

**Hemsida/E-post**  
www.gellivare.se  
[overformyndaren@gallivare.se](mailto:overformyndaren@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?**

- Laponia Hälsocentral                       Gällivare hälsocentral                       .....

**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/förvaltare?**

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

.....

.....

.....

.....

**Varför finns ovan nämnda hjälpbehov?**

Ange och beskriv hälsotillståndet

.....

.....

.....

.....

**Postadress**

Överförmyndarnämnden  
Gällivare kommun  
982 81 GÄLLIVARE

**Telefon**

0970-81 80 00 (växel)

**Fax**

0970-144 51

**Hemsida/E-post**

www.gellivare.se  
[overformyndaren@gallivare.se](mailto:overformyndaren@gallivare.se)

# ANMÄLAN OM GOD MAN/FÖRVALTARE

3 (3)

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

<i>"Jag samtycker till att god man eller förvaltare anordnas i ovan angiven omfattning"</i>
Ort och datum
Namn-teckning av den anmälan avser

LÄKARINTYG och SOCIAL UTREDNING ska alltid bifogas anmälan.

**Anmälan skickas till:**  
Överförmyndarnämnden  
Gällivare kommun  
982 81 GÄLLIVARE

**Postadress**  
Överförmyndarnämnden  
Gällivare kommun  
982 81 GÄLLIVARE

**Telefon**  
0970-81 80 00 (växel)

**Fax**  
0970-144 51

**Hemsida/E-post**  
www.gellivare.se  
[overformyndaren@gallivare.se](mailto:overformyndaren@gallivare.se)