



# Redovisning av uppdrag som god man för ensamkommande barn

Sida 1(4)

Redovisningen ska skickas in senast den 5:e efter varje kvartal (april, juli, oktober, januari)

Redovisning för pågående uppdrag

Slutredovisning (uppdraget har upphört)

Avser kvartal

1 januari - 31 mars

1 april - 30 juni

1 juli - 30 september

1 oktober - 31 december

|                         |            |                          |
|-------------------------|------------|--------------------------|
| <b>Huvudman/omyndig</b> |            | Dossiernummer            |
| Förnamn                 | Efternamn  | Personnummer/födelsedata |
| Adress                  | Postnummer | Postort                  |

## God man

|                                 |                                     |                              |
|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| Förnamn                         | Efternamn                           | Personnummer                 |
| Adress                          | Postnummer                          | Postort                      |
| E-postadress                    | Telefon dagtid                      | Telefon kvällstid            |
| Har du uppdrag i fler kommuner? | <input type="checkbox"/> Ja, vilka? | <input type="checkbox"/> Nej |

Offentligt biträde, namn, adress, telefonnummer

Socialsekreterare, namn, adress, telefonnummer

Ev. kontaktperson på barnets boende, namn, telefonnummer, e-post

## Intygande

Härmed intygas att de uppgifter som lämnats i denna redogörelse är riktiga

|             |                   |
|-------------|-------------------|
| Underskrift | Namnförtydligande |
|-------------|-------------------|

Redovisning granskad, datum och underskrift (ifylles av överförmyndarnämnden)

POSTADRESS  
Överförmyndarnämnden  
341 83 LJUNGBY

E-POST  
overformyndaren@ljungby.se

BESÖKSADRESS  
Olofsgatan 9, Ljungby

TELEFON  
0372-78 90 00 vx

WEBBPLATS  
www.ljungby.se

| <b>Nedanstående frågor gäller för det <u>aktuella</u> kvartalet</b> |   |  |  |
|---|---|--|--|
| 1   | Har det ansökts om uppehållstillstånd för barnet?   | <input type="checkbox"/> Ja                                | <input type="checkbox"/> Nej                                 |
| 2   | Har du medverkat vid Migrationsverkets utredning och hos det offentliga biträdet?<br>Om nej, varför inte? _____   | <input type="checkbox"/> Ja                                | <input type="checkbox"/> Nej                                 |
| 3   | Har barnet fått beslut gällande uppehållstillstånd från Migrationsverket?<br>(Om ja, bifoga beslut)   | <input type="checkbox"/> Ja                                | <input type="checkbox"/> Nej                                 |
| 4   | Om barnet har fått avslag på sin asylansökan, är beslutet överklagat? (Ange när det överklagades)<br>Om ja, har beslutet vunnit laga kraft?                   | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej<br><input type="checkbox"/> Nej |
| 5   | Har barnet blivit åldersuppskriven?<br>(Om ja, bifoga underlag från Migrationsverket)   | <input type="checkbox"/> Ja                                | <input type="checkbox"/> Nej                                 |
| 6   | Har barnet genomgått medicinsk åldersbedömning?<br>(Om ja, bifoga kallelse)<br>Om nej, varför inte? _____   | <input type="checkbox"/> Ja                                | <input type="checkbox"/> Nej                                 |
| 7   | Har du sett till att barnet blivit folkbokfört där det bor?<br>Om ja, ange barnets fullständiga personnummer (ÅÅMMDD-xxxx) _____                              | <input type="checkbox"/> Ja                                | <input type="checkbox"/> Nej                                 |
| 8   | Har barnet varit i behov av hälsovård?<br>Om ja, på vilket sätt? _____  | <input type="checkbox"/> Ja                                | <input type="checkbox"/> Nej                                 |
| 9   | Får barnet skolundervisning?<br>Om nej, varför inte? _____  | <input type="checkbox"/> Ja                                | <input type="checkbox"/> Nej                                 |
| 10  | Har du deltagit vid utvecklingssamtal om barnet i skolan?<br>Om nej, varför inte? _____   | <input type="checkbox"/> Ja                                | <input type="checkbox"/> Nej                                 |
| 11  | Har du ansökt om dagersättning, försörjningsstöd eller om andra bistånd enligt Socialtjänstlagen (SoL)?<br>Om ja, vilket? _____<br>Om nej, varför inte? _____ | <input type="checkbox"/> Ja                                | <input type="checkbox"/> Nej                                 |
| 12  | Har barnet varit föremål för omhändertagande enligt Lag om vård av unga (LVU)?<br>Om ja, redogör kort för situationen: _____<br>_____                         | <input type="checkbox"/> Ja                                | <input type="checkbox"/> Nej                                 |
| 13  | Har du flera barn på samma boende?<br>Är besöken samordnade?  | <input type="checkbox"/> Ja                                | <input type="checkbox"/> Nej                                 |

**Barnet har fått följande ersättningar/bidrag under den aktuella redovisningsperioden**

Dagersättning, belopp i kronor \_\_\_\_\_

Försörjningsstöd, belopp i kronor \_\_\_\_\_

Barnbidrag, belopp i kronor \_\_\_\_\_

Ersättning/stöd från CSN, belopp i kronor \_\_\_\_\_

Annat, nämligen \_\_\_\_\_, belopp i kronor \_\_\_\_\_

**Barnets ersättningar/bidrag har hanterats enligt nedan**

- Barnet har själv disponerat sina pengar efter samråd med mig.
- Boendet har hanterat barnets ersättningar/bidrag och redovisat detta till mig.
- Jag har förvaltat barnets egendom och använt den på följande sätt:

**(Om barnet har fått PUT/TUT ska underlag från bank bifogas som visar att barnet har ett bankkonto).**

- Jag intygar härmed att barnet saknar banktillgångar av stort värde

**Sörja för person****Hur ofta har du träffat barnet under det aktuella kvartalet?**

- Varje vecka     Varannan vecka     1 gång/månad     Vi har inte setts under detta kvartal

**Hur lång tid varar varje besök i genomsnitt?**

- Ca 15 min     Ca 30 min     Ca 1 tim     Ca 1 ½ tim     Mer än 2 tim

**Vilka har du varit i kontakt med för barnets räkning under det aktuella kvartalet? (ge en kort beskrivning av dessa kontakter i fritextrutan nedan)**

- Boendet
- Migrationsverket
- Offentligt biträde
- Socialtjänsten
- Hälsovården
- Skatteverket
- Skolan
- Bank
- Polisen
- Annan, nämligen: \_\_\_\_\_

**Eventuella kompletterande uppgifter som inte har rymts ovan i blanketten.**  
 Begäran om extraarvode sker på separat blankett.

### Begäran om arvode

- Jag begär inte arvode  
 Jag begär arvode för uppdraget

### Begäran om kostnadsersättning enligt schablon om 2 % av prisbasbeloppet per år

- Jag begär inte någon kostnadsersättning enligt schablon  
 Jag begär kostnadsersättning enligt schablon

### Begäran om körersättning

| Datum         | Resans längd, km | Färdväg | Resans ändamål |
|---------------|------------------|---------|----------------|
|               |                  |         |                |
|               |                  |         |                |
|               |                  |         |                |
|               |                  |         |                |
|               |                  |         |                |
| <b>Totalt</b> |                  |         |                |

### Begäran om kostnadsersättning utöver schablon (gäller kollektivtrafik – bifoga kvitto)

| Datum | Kostnad | Ändamål |
|-------|---------|---------|
|       |         |         |
|       |         |         |
|       |         |         |
|       |         |         |

**Obs! Glöm inte att skriva under på första sidan!**