Överförmyndare i samverkan i övre Dalarna

LEKSAND • MORA • ORSA • RÄTTVIK • VANSBRO • ÄLVDALEN

☐ **ANSÖKAN om God man (egen)** ☐ **ANSÖKAN om God man (från anhörig)**

TILL ÖVERFÖRMYNDAREN
avseende behov av god man enligt föräldrabalken 11 kap 4 §

Skicka ansökan till:
Överförmyndare i samverkan i övre Dalarna
Mora kommun
792 80 Mora

1. Person ansökan gäller

Namn			**Personnummer**
Adress		**Postnummer**	**Ort**
Vistelseadress (om annan än ovanstående)		**Postnummer**	**Ort**
Tel bostad	**Tel arbete**	**Tel mobil**	**e-postadress**

2. Sökande (om det inte är personen ovan som söker)

Namn		**Släktskap**	**Personnummer**
Adress		**Postnummer**	**Ort**
Tel arbete	**Tel mobil**	**e-postadress**	

3. I vilken omfattning och med vad behöver ovan nämnd person hjälp.

☐ **Hjälp med personliga angelägenheter**

☐ **Hjälp med ekonomiska angelägenheter**

☐ **Hjälp med viss rättshandling nämligen:**

Om någon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller något liknande förhållande behöver hjälp med sina ekonomiska eller personliga angelägenheter, ska ett godmanskap anordnas för honom eller henne. Ett godmanskap ska dock inte anordnas om den enskilde kan antas få sitt hjälpbehov tillgodosett på ett mindre ingripande sätt. För att ett godmanskap ska anordnas krävs att den enskilde samtycker till det. Samtycke krävs dock inte om den enskildes tillstånd hindrar att hans eller hennes mening hämtas in. Ett godmanskap ska begränsas utifrån den enskildes behov.

……

……

……

……

Övriga upplysningar……

……

……

4. Vilka omständigheter gör att personen har behov av god man och på vilket sätt visar sig problemen?

……

……

……

……

……

……

……

……

5. Vad har gjort att behov av hjälp har uppstått just nu? Hur har behovet tillgodosetts tidigare?

……

……

……

……

……

6. Har personen tidigare utfärdat fullmakt till någon? Om ja, vad gör att det inte är tillräckligt med fullmakt för att uppfylla hjälpbehovet?

……

……

……

……

……

……

7. Vad gör att hjälpbehovet inte kan tillgodoses på ett mindre ingripande sätt, t ex genom fullmakt, banktjänster, hjälp från anhöriga eller hjälp från socialtjänsten eller andra samhällsinsatser?

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

8. Uppgifter om boendeform och eventuell kontaktperson inom hemtjänst eller särskilt boende. Även uppgifter om boendestöd m m (ange även telefonnummer) samt planerade förändringar i boendet.

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

9. Andra myndighets- och sjukvårdskontakter, t ex tjänstemän inom socialtjänsten såsom socialsekreterare, biståndsbedömare eller LSS-handläggare (ange även telefonnummer).

……

……

……

……

……

10. Namn, adress, telefonnummer och släktrelation till närmast anhöriga. Även uppgift om annan som står personen nära.

……

……

……

……

……

11. Förslag på lämplig god man.

Namn			**Personnummer**
Adress		**Postnummer**	**Ort**
Tel arbete	**Tel mobil**	**e-postadress**	

Bilaga som ska lämnas tillsammans med ansökan:

1. **Läkarintyg**
Socialstyrelsens blankett HSLF-FS 2020:87 Bilaga 2
Blanketten kan hämtas på socialstyrelsens hemsida www.socialstyrelsen.se

Underskrifter

Ort och datum
Namnteckning sökande
Namnförtydligande