

Omsorgsnämndens anmälan avseende god man/förvaltare enligt FB 11:4 respektive 11:7

Kryssa för det ansökan avser

☐

God Man

☐

Förvaltare

1. Person anmälan gäller

Namn		Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Telefon	E-postadress	

2. Anmälare

Namn och titel		Arbetsplats
Adress till arbetsplatsen	Postnummer	Ort
Telefon	E-postadress	

3. I vilken omfattning och med vad behöver personen hjälp?

☐

Ekonomiska angelägenheter

☐

Personliga angelägenheter

Övriga upplysningar (exempelvis förslag på ställföreträdare om sådan finns)

Besvara gärna frågorna på särskild bilaga om utrymmet inte räcker till

4. Vilka omständigheter gör att ovan nämnd person har behov av god man/förvaltare 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 ansökan gäller utfärdat fullmakt?
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 ifrån socialtjänsten eller andra samhällsinsatser?

8. Uppgifter om boendeform och eventuell kontaktperson inom hemtjänst eller särskilt boende. Även uppgifter om boendestöd mm (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 och telefonnummer och släktrelation till närmast anhöriga. Även uppgift om annan som står huvudmannen nära.

Bilagor som ska lämnas tillsammans med anmälan

- ☐ Läkarintyg (Socialstyrelsens blankett HSLF-FS 2020:87)
Blanketten kan hämtas på Socialstyrelsens webbsida www.socialstyrelsen.se
- ☐ Personbevis för den ansökan gäller
Kan beställas hos Skatteverket eller på deras webbsida www.skatteverket.se
- ☐ Social utredning (om inte sådana uppgifter lämnats ovan)
Utfärdas av befattningshavare inom socialtjänsten eller sjukvården

Underskrifter

Namnteckning anmälaren

Namnförtydligande

Ort och datum

Om den anmälan gäller kan samtycka till ställföreträdarskap (ska framgå av bifogat läkarintyg) kan det ske genom undertecknande här nedan.

” Jag samtycker till att ställföreträdare förordnas för mig i ovan angiven omfattning”

Namnteckning den anmälan gäller

Namnförtydligande

Ort och datum

De uppgifter du lämnar kommer att registreras i ett dataregister. Uppgifterna kommer att behandlas i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen (PUL). Mer information se www.torsby.se/pul

Skicka anmälan till:

Torsby kommun
4. Överförmyndarnämnden
680 60 Sysseleback

Samtycke och information enligt dataskyddsförordningen (General Data Protection Regulation även kallad GDPR)	
Personuppgiftsansvarig:	Överförmyndarnämnden
Dataskyddsombud:	Torsby kommun, 1. Kommunkansliet, 685 80 Torsby. E-post: torsby.kommun@torsby.se . Telefon växel: 0560-160 00
Ändamål med behandlingen:	Omsorgsnämndens anmälan avseende god man/förvaltare enligt FB 11:4 respektive 11:7
Rättslig grund:	Myndighetsutövning GDPR 6.1 e
Kategorier av personuppgifter som ska behandlas:	Namn, adress, personnummer, telefon- och mobilnummer, e-post, vistelseadress, upplysningar om personliga och ekonomiska angelägenheter
Kategorier av mottagare av uppgifterna:	Överförmyndarnämnden
Lagringstid:	Arkiveras
Rättelse:	Du har rätt att begära rättelse av felaktiga personuppgifter. Du har rätt att dra tillbaka ett samtycke. Rätt att lämna klagomål till Dataskyddsinspektionen (DPA)
Frivilligt	Du avgör själv om du vill lämna några uppgifter till oss. Uppgifterna är dock nödvändiga för vår handläggning av ärendet.
Registerutdrag:	Du har rätt att gratis en gång per kalenderår, efter skriftlig förfrågan ställd till den personuppgiftsansvarige, få veta vilka personuppgifter vi behandlar om dig. Personuppgiftsansvariges adress: Torsby kommun 4. Överförmyndarnämnden 680 60 Sysslebäck
Mer information på vår webbsida:	torsby.se/gdpr