

Redogörelse – Förordnad förmyndare

Särskilt förordnad vårdnadshavare Medförmyndare Förordnad förmyndare God man 11:1 FB

Redovisningsperiod

(Ange datum för den perioden du redovisar, från datum - till datum)

Omyndigt barn

Barnets namn	Personnummer	
Bostadsadress	Postadress	Telefon, dagtid

Ställföreträdare

Namn	Personnummer	
Adress	Postadress	Telefon, dagtid

Besök och vidtagna åtgärder

Barnet bor i <input type="checkbox"/> Familjehem <input type="checkbox"/> Egen bostad (hyrd eller ägd av barnet) <input type="checkbox"/> Annat boende		
Ansvarig/placerande socialnämnd/kommun	Kontaktperson inom kommunen, namn och telefonnummer	
Jag har besökt barnet i samband med		
Totalt antal besök	Barnet har nödvändiga försäkringar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Följande försäkringsbolag är anlitat

Begäran om arvode och kostnadsersättning

Jag vill ha arvode för förmynderskapet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Jag vill ha kostnadsersättning (ersättning för porto, telefon, kopiering och liknande) <input type="checkbox"/> Ja, med antal kronor (om över 2% av prisbasbelopp så ska verifieras med kvitton) <input type="checkbox"/> Ja, enligt schablon (2 % av föregående års prisbasbelopp) <input type="checkbox"/> Nej		
Jag vill ha bilersättning (bilersättning utgår bara för resor som varit nödvändiga för utförandet av förmynderskapsdelen av ditt uppdrag. Därmed ersätts inte resor som du har företagit som vårdnadshavare, som exempelvis resor till skola eller socialtjänst) <input type="checkbox"/> Ja, med antal km enligt bifogad körjournal <input type="checkbox"/> Nej		

Härmed intygas på heder och samvete att de uppgifter som har lämnats i denna redogörelse samt eventuella bilagor är riktiga, att jag har försäkrat mig om att barnets medel förvaras tryggt och säkert och ger avkastning och att de har använts till barnets nytta.

Datum / 20

Datum / 20

Överförmyndarnämndens anteckningar

<input type="checkbox"/> Utan anmärkning	Datum
	Underskrift
	Namnförtydligande