

Ansökan om god man / förvaltare, egen

Syftet med blanketten är att utreda om förutsättningarna för godmanskap eller förvaltarskap är uppfyllda och att behov i föräldrabalkens mening av sådan ställföreträdare föreligger.

Skicka ansökan till: **Skaraborgs tingsrätt, Box 174, 541 24 Skövde**

Kryssa för det ansökan gäller	<input type="radio"/> God man	<input type="radio"/> Förvaltare
-------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

1. Sökande (Den som vill ha god man eller förvaltare)

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Vistelseadress (om annan än ovanstående)	Postnummer	Ort
Telefon	E-post	

2. Med vad behöver ovan nämnd person hjälp med och i vilken omfattning

Om någon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person, ska rätten, enligt föräldrabalken 11 kap 4 §, om det behövs, besluta att anordna godmanskap för honom eller henne. Ett sådant beslut får inte meddelas utan samtycke av den för vilken godmanskap ska anordnas, om inte den enskildes tillstånd hindrar att hans eller hennes mening inhämtas. Om den enskilde är ur stånd att vårda sig eller sin egendom, kan enligt 11 kap 7 § föräldrabalken förvaltarskap anordnas.

- Bevaka sin rätt (rättsliga angelägenheter)
- Förvalta sin egendom (ekonomiska angelägenheter)
- Sörja för sin person (personliga angelägenheter)
- Bevaka sin rätt avseende viss rättshandling nämligen:

3. Förslag på god man/förvaltare om sådan finns

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Telefon	E-post	
<input type="checkbox"/> Personen är tillfrågad och vet om att han/hon har föreslagits.		

4. Övriga upplysningar

5. Vilka omständigheter gör att ovan nämnd person har behov av god man och på vilket sätt visar sig problemen?

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

7. Har personen ansökan gäller tidigare utfärdat fullmakt? Om ja, vad gör att det inte är tillräckligt med fullmakt för att uppfylla behovet av hjälp?

8. Vad gör att behovet av hjälp inte kan tillgodoses på ett mindre ingripande sätt, t ex genom fullmakt, framtidsfullmakt, banktjänster, hjälp från anhöriga, anhörigbehörighet eller hjälp ifrån socialtjänsten eller andra samhällsinsatser?

9. 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.

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

11. Vårdcentral som jag tillhör (eller läkare på annan vårdenheter).

12. Namn adress och telefonnummer och släktrrelation till närmast anhöriga. Även uppgift om annan som står ovan nämnd person nära.

13. Bilagor som ska lämnas tillsammans med ansökan

- Personbevis (utfärdas av Skatteverket)

- Social utredning (utfärdas av socialtjänsten)

- **Läkarintyg** (socialstyrelsens blankett SoSB 76 322 2000-04) Blanketten kan hämtas på socialstyrelsens hemsida www.socialstyrelsen.se

Personuppgifter som lämnas i denna handling eller denna e-tjänst behandlas av Överförmyndare Västra Skaraborg för administration och andra åtgärder som behövs för fortsatt handläggning. Vi följer aktuell dataskyddslagstiftning.

Här kan du läsa mer om hur Lidköpings kommun behandlar dina personuppgifter: www.lidkoping.se/dataskydd

14. Underskrift sökande

Datum	Ort
Namnteckning sökanden	
Namnförtydligande	

Jag vet att huvudregeln är att huvudmannen betalar arvodet för sin ställföreträdare.

15. Ifylls av Socialtjänsten eller Sjukvården

Det är en stor fördel om befattningshavare för socialtjänsten eller sjukvården kan yttra sig om behovet av god man eller förvaltare genom undertecknande här nedan. Kryssa i det förordnande som avses.

Jag tillstyrker att god man förvaltare förordnas för sökanden i ovan angiven omfattning

Förnamn	Efternamn	E-post
Adress till arbetsplats	Postnummer	Ort
Telefon	Titel eller befattning	Arbetsplats

Datum	Ort
Namnteckning företrädare för Socialtjänsten eller Sjukvården	
Namnförtydligande	