|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **\\admit\dfs\hem\lihu003\Desktop\kalmarsunds_överförmyndarnämnd_logo.png** | **ANMÄLAN OM BEHOV AV GODMAN/FÖRVALTARE** | |  |

Avseende behov av god man eller förvaltare enligt Föräldrabalken 11 kap 4 § respektive 7 §

## Personen anmälan avser

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Personnummer |
|  |  |
| Adress | Postnummer och ort |
|  |  |
| Vistelseadress | Postnummer och ort |
|  |  |
| Telefonnummer | E-postadress |
|  |  |

## Anmälare

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Personnummer |
|  |  |
| Adress | Postnummer och ort |
|  |  |
| Telefonnummer | E-postadress |
|  |  |

Vi behandlar dina personuppgifter enligt dataskyddsförordningen GDPR. Vill du läsa mer om hur vi behandlar dem kan du läsa på [www.kalmar.se/integritetspolicy](http://www.kalmar.se/integritetspolicy)

**Vad behöver ovan nämnd person hjälp med**

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 hen. Ett sådant beslut får inte meddelas utan samtycke av den för vilken godmanskap ska anordnas, om inte den enskildes tillstånd hindrar att hens mening inhämtas. Om den enskilde är ur stånd att vårda sig eller sin egendom, kan enligt 11 Kap 7 § Föräldrabalken, förvaltarskap förordnas.

Bevaka rätt

Förvalta sin egendom

Sörja för sin person

Endast bevaka rätt vid viss rättshandling (t. ex fastighetsförsäljning)

Vad gör att hjälpbehovet inte kan tillgodoses på annat sätt, t ex genom fullmakt, banktjänster, hjälp från anhöriga etc?

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

Om önskemål finns vem som ska förordnas som god man/förvaltare så lämna namn och kontaktuppgifter här.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

Övrig information som du vill att överförmyndaren känner till.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

***OBS!* Bilaga som ska lämnas tillsammans med anmälan:**

Läkarintyg (Socialstyrelsens blankett) **OBS! Intyget får inte vara äldre än 6 månader**

**Underskrift av anmälare**

|  |  |
| --- | --- |
| Ort och datum |  |
|  |  |
| Namnteckning anmälare |  |
|  |  |
| Namnförtydligande |  |
|  |  |

Om den anmälan avser kan (ska framgå av läkarintyget) samtycka till godmanskap/förvaltarskap kan det ske genom undertecknade nedan

*”Jag samtycker till att god man/förvaltare förordnas för mig i ovan angivna omfattning”.*

**Underskrift av den anmälan avser**

|  |  |
| --- | --- |
| Ort och datum |  |
|  |  |
| Namnteckning den anmälan avser |  |
|  |  |
| Namnförtydligande |  |
|  |  |

**Anmälan skickas till Överförmyndarverksamheten, Box 611, 391 26 Kalmar**