



**Göteborgs
Stad**

**Redovisning av uppdrag som god
man för ensamkommande barn
och begäran om arvode**
Överförmyndarenheten

Diarienummer

Handlingsnummer

Ska inges efter 30 juni respektive 31 december eller vid uppdragets upphörande.

Redovisningsperiod					
<u>Fr.o.m.</u>		<u>T.o.m.</u>		☐ Redovisning för pågående uppdrag	
____	-	____	-	____	-
År	Mån	Dag	År	Mån	Dag
				☐ Slutredovisning (uppdraget har upphört)	

1. Personuppgifter		
<u>Omyndig</u> , namn		Personnummer / födelsedata
Adress (folkbokföringsadress om sådan finns, annars vistelseadress)		Migrationsverkets beteckningsnummer:
		Telefonnummer
Postnummer	Postadress	Har barnet fått uppehållstillstånd?
		☐ Ja, datum _____ ☐ Nej
		Har barnet avvikit?
		☐ Ja, datum _____ ☐ Nej

<u>God man</u> , namn		Personnummer
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Postadress	E-post-adress

BESLUT (Ifylls av överförmyndaren)			
	Asylperiod	PUT-period	
Arvode för perioden	från ____ - ____ - ____ År Mån Dag	från ____ - ____ - ____ År Mån Dag	
	till ____ - ____ - ____ År Mån Dag	till ____ - ____ - ____ År Mån Dag	
Arvode för utfört uppdrag		Första månaden i PUT-perioden	
Milersättning			
Kostnadsersättning Avser utlägg som kan hänföras till uppdraget			
Kommentar:			
_____ Datum _____ Handläggare			

2. Barnets personliga angelägenheter	
2.1 Barnet har under perioden bott i/på:	☐ Familjehem hos _____ ☐ HVB (hem för vård och boende)
2.2 Besök hos barnet i boendet:	☐ Inga besök ☐ 1-2 besök ☐ 1-2 besök/mån ☐ Flera besök i veckan Motivera: _____
2.3 Vistelse med barnet utanför boendet:	☐ Inga ☐ 1-2 gånger ☐ 1-2 gånger/mån ☐ Flera gånger i veckan Motivera: _____
2.4 Övriga kontakter:	Antal kontakter med familjehemmet/boendet: _____ Antal kontakter med det offentliga biträdet: _____ Antal kontakter med anhöriga i Sverige eller i hemlandet: _____ Antal kontakter med övriga myndigheter/institutioner/organisationer: _____

3. Åtgärder under den aktuella redovisningsperioden	
3.1	Har det ansökts om uppehållstillstånd för barnet? ☐ Ja ☐ Nej Om nej, varför inte? _____
3.2	Har du medverkat vid Migrationsverkets utredning och hos det offentliga biträdet? ☐ Ja ☐ Nej Om nej, varför inte? _____
3.3	Har barnet varit på hälsoundersökning (inklusive synundersökning)? ☐ Ja ☐ Nej Om nej, varför inte? _____
3.4	Har barnet fått tandvård? ☐ Ja ☐ Nej Om nej, varför inte? _____
3.5	Får barnet skolundervisning? ☐ Ja ☐ Nej Om nej, varför inte? _____
3.6	Har du deltagit vid utvecklingssamtal om barnet i skolan? ☐ Ja ☐ Nej Om nej, varför inte? _____
3.7	Har du deltagit vid socialtjänstens utredningar om barnets behov och boende? ☐ Ja ☐ Nej Om nej, varför inte? _____
3.8	Har du sett till att barnet fått kontakta sin familj? ☐ Ja ☐ Nej Om nej, varför inte? _____
3.9	Har du medverkat till/vid återförening med barnets föräldrar? ☐ Ja ☐ Nej Om nej, varför inte? _____

3.10	Har du ansökt om insats enligt Lag om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)? Om ja, vilket? _____	☐ Ja	☐ Nej
3.11	Har du ansökt om bistånd enligt Socialtjänstlagen (SoL)? Om ja, vilket? _____ Om nej, varför inte? _____	☐ Ja	☐ Nej
3.12	Har barnet varit föremål för omhändertagande enligt Lag om vård av unga (LVU)?	☐ Ja	☐ Nej
3.13	Har socialtjänsten ansökt till tingsrätten om särskilt förordnad vårdnadshavare?	☐ Ja	☐ Nej

4. Förenklad redovisning rörande barnets ekonomi			
4.1 Barnet har under perioden fått ersättningar/bidrag enligt nedan		4.2 Barnet har under perioden haft utgifter enligt nedan	
	Kronor		Kronor
Dagersättning			
Försörjningsstöd			
Ersättning/stöd från CSN			
Bidrag, nämligen:			
Annat, nämligen:			

4.3 Barnets ersättningar/bidrag har hanterats enligt nedan
☐ Barnet har själv disponerat sina pengar efter samråd med mig. ☐ Boendet har hanterat barnets ersättningar/bidrag och redovisat detta till mig. ☐ Jag har förvaltat barnets egendom och använt den på följande sätt: _____ Om barnet har fått PUT ska underlag från bank bifogas som visar att barnet har ett bankkonto.

5. Begäran om arvode, milersättning och kostnadsersättning
☐ Jag begär <u>inte</u> arvode. eller ☐ Jag begär arvode för uppdraget.
☐ Jag begär ersättning för _____ mil (reseräkningen på sista sidan ska vara ifylld).
☐ Jag begär schablonkostnadsersättning om 2 % av prisbasbeloppet per helår (gäller endast från och med 1 juli 2017). eller ☐ Jag begär faktisk kostnadsersättning för _____ kr (underlag ska alltid bifogas för att kostnadsersättning ska utgå).

<u>Att samtliga av mig inlämnade uppgifter är riktiga, intygas på heder och samvete:</u>	
_____	_____
Ort och datum	Namnunderskrift (God man)

Eventuella kompletterande uppgifter som inte har rymts ovan i blanketten.

Reseräkning (Avser endast resor som kan hänföras till uppdraget)

Datum	Från adress	Till adress	Resans ändamål	Antal mil
				Total:

Överförmyndarenheten

Demokrati och medborgarservice

Postadress: Box 2385, 403 16 Göteborg

Besöksadress: Ekelundsgatan 1, Göteborg

Telefonnummer: 031-365 00 00

E-post: overformyndaren@goteborg.se

Hemsida: www.goteborg.se/overformyndaren