



**Göteborgs
Stad**

**Redogörelse för utfört
uppdrag som särskilt
förordnad vårdnadshavare
Överförmyndarverksamheten**

Diarienummer
Handlingsnummer

Kan lämnas in efter 31 december respektive 30 juni eller vid uppdragets upphörande

Period från och med _____ till och med _____

Omyndig

Personnummer	Namn
--------------	------

Fylls i av den särskilt förordnade vårdnadshavaren

Den omyndige har under perioden bott: <input type="checkbox"/> I familjehem <input type="checkbox"/> På institution <input type="checkbox"/> I annat boende, nämligen	
Den omyndiges adress	
Telefon till den omyndiges boende	Den omyndiges kontaktperson/familjehemsförälder (namn)
Ansvarig socialtjänst är:	
<input type="checkbox"/> Jag begär arvode för uppdraget <input type="checkbox"/> Jag begär milersättning (fyll i resejournal på sida 2)	
<input type="checkbox"/> Jag begär schablonkostnadsersättning om 2 procent av prisbasbeloppet eller <input type="checkbox"/> Jag begär faktisk kostnadsersättning (underlag krävs för att få ersättning)	

Riktigheten i lämnade uppgifter intygas

Ort och datum	
Namnteckning (särskilt förordnad vårdnadshavare)	Namnförtydligande

Fylls i av ansvarig socialsekreterare innan blanketten skickas in

Gäller endast om Göteborg Stads socialtjänst är ansvarig.

<input type="checkbox"/> Den särskilt förordnade vårdnadshavaren, enligt ovan, har fullgjort sitt uppdrag under den aktuella perioden. <input type="checkbox"/> Den särskilt förordnade vårdnadshavaren, enligt ovan, har ej fullgjort sitt uppdrag under den aktuella perioden.	
Datum och namnteckning	Namnförtydligande
Socialnämnd/stadsdelsnämnd	Telefon

Överförmyndarens anteckningar

Arvode: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Procent:	Perioden (ååååmmdd-ååååmmdd)
Faktiskt kostnadsersättning, kronor	Schablonkostnadsersättning, procent
Datum (ååååmmdd)	Milersättning, antal mil
	Handläggare

Överförmyndarverksamheten

Postadress Box 2385, 403 16 Göteborg
Besöksadress Ekelundsgatan 1, Göteborg
www.goteborg.se/overformyndaren

