

Redovisning av uppdrag som god man för ensamkommande barn

Redovisningen ska skickas in senast den 5:e efter varje kvartal
(april, juli, oktober, januari)

Redovisning för pågående uppdrag**Slutredovisning (uppdraget har upphört)**

Avser kvartal

1 januari - 31 mars

1 april - 30 juni

1 juli - 30 september

1 oktober - 31 december

Huvudman/omyndig

		Dossiernummer
Förnamn	Efternamn	Personnummer/födelsedata
Adress	Postnummer	Postort

God man

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer	Postort
E-postadress	Telefon dagtid	Telefon kvällstid
Har du uppdrag i fler kommuner?	Ja, vilka?	Nej

Offentligt biträde, namn, adress, telefonnummer**Socialsekreterare**, namn, adress, telefonnummer**Ev. kontaktperson på barnets boende**, namn, telefonnummer, e-post**Intygande**

Härmed intygas att de uppgifter som lämnats i denna redogörelse är riktiga

Underskrift	Namnförtydligande
-------------	-------------------

Redovisning granskad, datum och underskrift (ifylles av överförmyndaren)

Nedanstående frågor gäller för det <u>aktuella</u> kvartalet			
1	Har det ansökts om uppehållstillstånd för barnet?	Ja	Nej
2	Har du medverkat vid Migrationsverkets utredning och hos det offentliga biträdet? Om nej, varför inte? _____	Ja	Nej
3	Har barnet fått beslut gällande uppehållstillstånd från Migrationsverket? (Om ja, bifoga beslut)	Ja	Nej
4	Om barnet har fått avslag på sin asylansökan, är beslutet överklagat? (Ange när det överklagades) Om ja, har beslutet vunnit laga kraft?	Ja Ja	Nej Nej
5	Har barnet blivit åldersuppskriven? (Om ja, bifoga underlag från Migrationsverket)	Ja	Nej
6	Har barnet genomgått medicinsk åldersbedömning? (Om ja, bifoga kallelse) Om nej, varför inte? _____	Ja	Nej
7	Har du sett till att barnet blivit folkbokfört där det bor? Om ja, ange barnets fullständiga personnummer (ÅÅMMDD-xxxx) _____	Ja	Nej
8	Har barnet varit i behov av hälsovård? Om ja, på vilket sätt? _____	Ja	Nej
9	Får barnet skolundervisning? Om nej, varför inte? _____	Ja	Nej
10	Har du deltagit vid utvecklingssamtal om barnet i skolan? Om nej, varför inte? _____	Ja	Nej
11	Har du ansökt om dagersättning, försörjningsstöd eller om andra bistånd enligt Socialtjänstlagen (SoL)? Om ja, vilket? _____ Om nej, varför inte? _____	Ja	Nej
12	Har barnet varit föremål för omhändertagande enligt Lag om vård av unga (LVU)? Om ja, redogör kort för situationen: _____ _____	Ja	Nej
13	Har du flera barn på samma boende? Är besöken samordnade?	Ja	Nej

Barnet har fått följande ersättningar/bidrag under den aktuella redovisningsperioden

Dagersättning, belopp i kronor _____

Försörjningsstöd, belopp i kronor _____

Barnbidrag, belopp i kronor _____

Ersättning/stöd från CSN, belopp i kronor _____

Annat, nämligen _____, belopp i kronor _____

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/TUT ska underlag från bank bifogas som visar att barnet har ett bankkonto).

Jag intygar härmed att barnet saknar banktillgångar av stort värde

Sörja för person**Hur ofta har du träffat barnet under det aktuella kvartalet?**

Varje vecka

Varannan vecka

1 gång/månad

Vi har inte setts under detta kvartal

Hur lång tid varar varje besök i genomsnitt?

Ca 15 min

Ca 30 min

Ca 1 tim

Ca 1 ½ tim

Mer än 2 tim

Vilka har du varit i kontakt med för barnets räkning under det aktuella kvartalet? (ge en kort beskrivning av dessa kontakter i fritextrutan nedan)

Boendet

Migrationsverket

Offentligt biträde

Socialtjänsten

Hälsovården

Skatteverket

Skolan

Bank

Polisen

Annan, nämligen: _____

Eventuella kompletterande uppgifter som inte har rymts ovan i blanketten.
 Begäran om extraarvode sker på separat blankett.

Begäran om arvode

Jag begär inte arvode
 Jag begär arvode för uppdraget

Begäran om kostnadsersättning enligt schablon om 2 % av prisbasbeloppet per år

Jag begär inte någon kostnadsersättning enligt schablon
 Jag begär kostnadsersättning enligt schablon

Begäran om körersättning

Datum	Resans längd, km	Färdväg	Resans ändamål
Totalt			

Begäran om kostnadsersättning utöver schablon (gäller kollektivtrafik – bifoga kvitto)

Datum	Kostnad	Ändamål

Obs! Glöm inte att skriva under på första sidan!