

**SAMVERKANDE  
ÖVERFÖRMYNDARE**

Färgelanda Lysekil Mellerud Munkedal  
Sotenäs Strömstad Tanum Uddevalla

Besöksadress: Strömstadsvägen 28  
Postadress: 451 81 Uddevalla  
[overformyndaren@uddevalla.se](mailto:overformyndaren@uddevalla.se)  
Tel: 0522-696000

## Redogörelse för uppdrag som god man för ensamkommande barn

Avser period (inlämnas senast 30 dagar efter periodens slut)

1 jan – 30 juni år \_\_\_\_\_  1 juli – 31 dec år \_\_\_\_\_

Pågående uppdrag  Slutredovisning för perioden \_\_\_\_\_

För överförmyndarens noteringar

Dnr redogörelse.....

Dnr förteckning.....

Ankomststämpel:

### Personuppgifter omyndig

Namn	Migrationsverkets Dossnr/LMAnr	Födelsedatum/personnummer
Adress	Postnummer	Ort

### Personuppgifter god man

Namn	Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort
E-post	Mobilnummer	

Sammanställning från sid 2 - 3	ÖF granskningsnotering	
Arbetad tid i timmar:		
Resor egen bil km:		
Annan reskostnad, kr:		

Underskrift:

.....  
Ort och datum

.....  
Namnteckning

Redogörelsen granskad  Utan kommentar  Med kommentar

Datum och underskrift

### Åtgärder för att bevaka rätt m.m under perioden. (vid nej förtydliga under "Övriga upplysningar" på sid 4)

Har du ansökt om uppehållstillstånd (UT) för den unge?	<input type="checkbox"/> Ja, ange datum:	<input type="checkbox"/> Nej
Har du medverkat vid Migrationsverkets utredning? Datum:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har den unges psykiska och fysiska hälsa undersökts, inklusive tandvård? Datum:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Får den unge tillfälle till undervisning? Har du deltagit i utvecklingssamtal om den unge i skolan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du medverkat vid socialtjänstens utredning av den unges behov och boende?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du medverkat vid / till återförening med den unges föräldrar (återvändarsamtal, kontakter med föräldrarna i hemlandet)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du ansökt om dagersättning, särskilt bidrag, försörjningsstöd, studiemedel, barnbidrag, annat? Vilket / Vilka?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du ansökt om något annat bistånd eller insats? Vad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
UT har beviljats ange datum:		
Om den unge har fått UT, har du sett till att socialtjänsten ansökt om särskilt förordnad vårdnadshavare? Om nej, varför inte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om den unge har fått UT, har du sett till att hen blivit folkbokförd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har den unge genomgått medicinsk åldersbedömning?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har den unges ansökan om UT fått avslag från Migrationsverket? Bifoga beslutet.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du överklagat något beslut? Vilket?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

### ÅTGÄRDER INOM RAMEN FÖR UPPDRAG SOM GOD MAN UNDER PERIODEN

Datum	Från kl	Till kl	Summa arb timmar	Åtgärd som utförts
Summa timmar:				

**Summan timmar överförs till sidan 1.**

## SPECIFIKATION FÖR RESOR MED EGEN BIL

Datum	Resans längd km	Färdväg t o r	Resans ändamål
Summa km:			

**Summan km överförs till sidan 1.**

## SPECIFIKATION FÖR RESKOSTNADER (Ex kostnad för resa med buss eller tåg)

Datum	Kostnad	Kostnaden avser	Kvitto bifogas
S:a kostnad:			

**Reskostnader verifieras med kvitton/biljett som styrker utgifterna, reskostnader utan kvitton eller annat underlag som styrker utgiften ersätts i normalfallet inte.**

**Numrera bifogade kvitton/underlag med bilagenummer.**

**Summan reskostnader överförs till sidan 1.**


**Förteckning över egendom** (ifylles endast vid inlämning av redovisning första gången)

Här anger du den unges tillgångar vid datum för ditt förordnande:
Förteckningen granskad <input type="checkbox"/> Utan anmärkning <input type="checkbox"/> Med anmärkning  <input type="checkbox"/> Utan anmärkning med kommentar: _____
Datum och namn _____

**Arvodesyrkande**

Jag yrkar arvode enligt schablon <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Jag yrkar uppstartsarvode (Helt nytt godmanskap 1000 kr) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Jag yrkar arvode för heldagsförrättning (1000 kr max 2 ggr/12 mån period) <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Jag yrkar arvode på annat sätt enligt bilaga <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Jag yrkar km-ersättning för resor med egen bil eller kostnader för resa med allmänna kommunikationer, enligt bilaga på sid 3. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Jag yrkar kostnadsersättning enligt schablon (100 kr/månad) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	