



Kalmarsunds överförmyndarnämnd

## ANMÄLAN OM GODMAN/FÖRVALTARE

Version 2018:1

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

- Bevaka rätt
- Förvalta sin egendom
- Sörja för sin person

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.

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.

Fortsättning på andra sidan

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 anmälare
Namnförtydligande

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