

Plats för stämpel/Ankomstdatum

Redogörelse God man/förvaltare

Inlämnas senast sista februari, eller senast en månad efter avslutat ärende

Avser kalenderår: _____

Period, vid del av år (from – tom): _____

Arvika kommun Eda kommun

Arvika kommun
14. Överförmyndarnämndens kansli
671 81 Arvika

Telefon: 0570-817 02
Telefontid: Tis. Tors. 10-12. Ons. 13-15
E-post: ofn@arvika.se

Huvudman

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

God man/förvaltare

Namn	Personnummer
E-postadress	Telefon

Begäran om arvode och kostnadsersättning

Arvode för förvalta egendom och bevaka rätt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Arvode för sörja för person och bevaka rätt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Extra arvode för speciella insatser Gäller dödsbo, avveckling av bostad och domstolsförhandling.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Rese- bilersättning (körjournal skall bifogas)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Kostnadsersättning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Du kan endast få arvode för de delar som ingår i ditt uppdrag. Med kostnadsersättning avses porto, telefon, parkeringsavgifter etc. Begärs högre belopp än 2% av prisbasbeloppet ska hela beloppet styrkas. Begär du kostnadsersättningen om 2 % av prisbasbeloppet rekommenderar överförmyndarnämnden dig att använda hela summan till gagn för uppdraget, t.ex. utbildningsmaterial, böcker om godmanskap/förvaltarskap eller ett redovisningsprogram.

Härmed intygas på heder och samvete att de uppgifter som lämnats i denna redogörelse är riktiga

Ort och datum

Namnteckning God man/Förvaltare

Plats för stämpel/granskad

Överförmyndarnämndens stämpel och anteckningar

<input type="checkbox"/> Granskad UA	
<input type="checkbox"/> Granskad MA	
Datum och granskares underskrift	

Huvudmannens boende och kontaktuppgifter

Boendesituation	Adressuppgifter huvudmannens boende		
<input type="checkbox"/> Egen lägenhet/bostadsrätt	Vistelseadress		
<input type="checkbox"/> Egen fastighet	Postnummer	Ort	
<input type="checkbox"/> Särskilt boende, ange var:	Telefonnummer		Mobilnummer
<input type="checkbox"/> Hos annan, ange vem:	Kontaktperson vid boende		Telefonnummer
<input type="checkbox"/> Huvudmannen äger fastigheter men bor/vistas i annat boende			

Kontakter rörande huvudmannen

Hur ofta besöker eller träffar du huvudmannen?	Motivera antalet besök (skriv på separat papper om utrymmet inte räcker)
<input type="checkbox"/> Färre än en gång i månaden	
<input type="checkbox"/> En gång per månad	
<input type="checkbox"/> Ett par gånger i månaden	
<input type="checkbox"/> Varje vecka eller oftare	

Andra kontakter rörande huvudmannen	Ange antal (ca.)
<input type="checkbox"/> Anhöriga	
<input type="checkbox"/> Personal särskilt boende eller hemtjänst	
<input type="checkbox"/> Vård, läkare, apotek etc.	
<input type="checkbox"/> Kommunen, t.ex. socialtjänst	
<input type="checkbox"/> Bank	
<input type="checkbox"/> Myndigheter, t.ex. Skatteverk, Pensionsmyndigheten, Försäkringskassa	
<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med huvudmannen	
<input type="checkbox"/> Deltagit i vårdplaneringsmöten, nätverksmöten, skuldsanering etc.?	
<input type="checkbox"/> Annat:	

Vad har kontakterna innefattat? Övriga åtgärder som vidtagits för att bevaka huvudmannen intressen?

Hur fungerar samarbetet med huvudmannen? Samarbetet med andra aktörer runt huvudmannen?

(skriv på separat papper om utrymmet inte räcker)

Ekonomisk förvaltning

Inkomster betalas in till konto som handhas av:	Räkningar betalas av:
<input type="checkbox"/> God man/Förvaltare	<input type="checkbox"/> God man/Förvaltare
<input type="checkbox"/> Huvudmannen	<input type="checkbox"/> Huvudmannen
<input type="checkbox"/> Huvudman o god man/förvaltare	<input type="checkbox"/> Huvudman o god man/förvaltare
<input type="checkbox"/> Annan, vem:	<input type="checkbox"/> Annan, vem:
Om annan hanterar huvudmannens ekonomi, finns det någon fullmakt? <input type="checkbox"/> Ja, bifoga <input type="checkbox"/> Nej	
Motivera varför annan hanterar ekonomin:	

Hantering av fickpengar	<input type="checkbox"/> Månadsvis	<input type="checkbox"/> Varannan vecka	<input type="checkbox"/> Oftare
<input type="checkbox"/> Överförs till huvudmannens eget konto	<input type="checkbox"/> Månadsvis	<input type="checkbox"/> Varannan vecka	<input type="checkbox"/> Oftare
<input type="checkbox"/> Kontanter lämnas till huvudmannen	<input type="checkbox"/> Månadsvis	<input type="checkbox"/> Varannan vecka	<input type="checkbox"/> Oftare
<input type="checkbox"/> Kontanter lämnas till boendet	<input type="checkbox"/> Månadsvis	<input type="checkbox"/> Varannan vecka	<input type="checkbox"/> Oftare
<input type="checkbox"/> Överförs till konto som boendet använder	<input type="checkbox"/> Månadsvis	<input type="checkbox"/> Varannan vecka	<input type="checkbox"/> Oftare
<input type="checkbox"/> Boendets kassa kontrolleras av god man/förvaltare	<input type="checkbox"/> Månadsvis	Annan frekvens:	

Skuldsituation, påminnelseavgifter etc.
Har huvudmannen påförts påminnelseavgifter, inkassokostnader eller motsvarande? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, förklara varför, hur många gånger det varit och till vilka belopp i bilaga.
Har huvudmannen skulder till Kronofogden, inkassobolag, CSN eller andra fordringsägare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, förklara hur de uppstått och vad som gjorts avseende dessa under året i bilaga.
Har du ansökt om skuldsanering? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, förklara om den inletts, hur den fortlöper och om den ev. avslutats i bilaga.

Näringsverksamhet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om huvudmannen har affärsrörelse, har du haft förvaltningsåtgärder för denna?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om huvudmannen äger näringsfastighet, har du haft förvaltningsåtgärder för denna?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om ja på någon av dessa, förklara kort vilka åtgärder du vidtagit		

Övrigt

Insatser för huvudmannen
Vilka stödinsatser och ekonomiska bidrag har din huvudman idag?

Har du beaktat och vidtagit eventuella åtgärder för följande?		
Bostadstillägg eller bostadsbidrag	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Merkostnadsersättning/Handikappersättning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hemtjänst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Insatser enligt lagen om stöd och service (LSS)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Personlig assistent/kontaktperson	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Försörjningsstöd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hemförsäkring (ska finnas)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Eventuella sakförsäkringar, bilförsäkring, brandförsäkring fastighet etc.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Förbehållsbelopp, om huvudmannen har kommunala omsorgskostnader	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Har det skett några speciella händelser under året?		
Har du bevakat huvudmannens rätt vid boutredning, bouppteckning och/eller arvsskifte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du bevakat huvudmannens rätt vid avveckling av bostad? Så som kontroll av bostad, försäljning av lösöre, kontakt med fastighetsmäklare och städfirma.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du bevakat huvudmannens rätt vid domstolsförhandling? Haft kontakt med advokat, ansökt om rättshjälp och medverkat vid huvudförhandling m.m.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Annat:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om ja på någon av dessa, förklara vilka åtgärder du vidtagit och ange hur mycket tid insatsen tagit.		
.....		
.....		
.....		
.....		

Huvudmannens behov av ställföreträdare		
Har huvudmannen fortsatt behov av god man eller förvaltare?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Motivera oavsett om svaret är ja eller nej. Är huvudmannens behov av hjälp oförändrat? Anser du att omfattningen av ställföreträdarskapet behöver förändras, utökas, minskas?		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
Är uppdraget likvärdigt med förgående år?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om nej, motivera:		
.....		
.....		
.....		