



## SÖLVESBORGS KOMMUN

Barn- och utbildningsförvaltningen  
Individ- och familjeomsorgen

### Anmälan vid misstanke eller kännedom om att barn far illa (enligt 14 kap 1 § Socialtjänstlagen)

Datum: ..... Mottagare: .....

#### Barnet/den unge som anmälan avser

Förnamn: ..... Efternamn: .....

Personnummer:.....

Adress:.....

Postnummer:..... Ort: .....

Telefonnummer: .....

Är barnet/den unge informerad om att anmälan görs?  Ja  Nej

#### Vårdnadshavare/förälder 1

Förnamn: ..... Efternamn: .....

Personnummer:.....

Adress:.....

Postnummer:..... Ort: .....

Telefonnummer: .....

Vårdnadshavare:  Ja  Nej

Är vårdnadshavaren informerad om att anmälan görs?  Ja  Nej

#### Vårdnadshavare/förälder 2

Förnamn: ..... Efternamn: .....

Personnummer:.....

Adress:.....

Postnummer:..... Ort: .....

Telefonnummer: .....

Vårdnadshavare:  Ja  Nej

Är vårdnadshavaren informerad om att anmälan görs?  Ja  Nej

### **Anledning(ar) till anmälan**

Oro hos vårdnadshavare

Fysiska övergrepp mot barnet

Sexuella övergrepp mot barnet

Psykiska övergrepp mot barnet

Vanvård/fysisk eller psykisk försummelse

Våld inom familjen

Relationskonflikter i familjen

Hedersrelaterad problematik

Psykisk ohälsa

Funktionsnedsättning

Alkohol- och/eller drogmissbruk

Kriminalitet

Annat, ange vad:.....

Oro för barnet/den unge

Skolsociala problem

Beteendeproblem

- Bevittnat våld
- Brottslighet
- Alkohol- och/eller drogmissbruk
- Psykisk ohälsa
- Annat, ange vad:.....

**Beskrivning**

Beskriv så utförligt som möjligt anledningen till anmälan (när, var, hur? Vem har sett och sagt vad?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Frågor till anmälare**

Hur länge har oro funnits?.....

Har ni/du tidigare skickat in en anmälan gällande detta barn?  Ja  Nej

Är barnet i akut fara enligt din bedömning?  Ja  Nej

Om ja, ange vilken:.....

Ska vi tänka på något särskilt vid kontakt med barnet eller vårdnadshavarna? .....

.....

Kan ni tänka er att medverka vid en eventuell anmälningsträff med vårdnadshavarna?.....

.....

Finns det något som fungerar bra i barnets situation? .....

.....

.....

Finns det fler barn i familjen?  Ja  Nej  Vet ej

Om ja, hur många och i vilken ålder? .....

.....

Var befinner sig barnet nu? .....

.....

### Anmälare

Jag lämnar uppgifterna i tjänsten

Jag lämnar uppgifterna som privatperson

Jag vill vara anonym (fyll ej i nedanstående uppgifter)

Arbetsplats: ..... Yrkestitel: .....

Förnamn: ..... Efternamn: .....

Adress (privatperson): .....

Postnummer: ..... Ort: .....

Telefonnummer: .....

**Ifylld anmälningsblankett skickas till**

**Sölvesborgs Kommun  
Individ- och familjeomsorgen  
294 80 Sölvesborg**