

Anmälan vid misstanke eller kännedom om att barn far illa

(enligt 14 kap § 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 NejÄr 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
- Könstympling
- 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 du/ni 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 i kontakt med barnet eller vårdnadshavare?

.....

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

.....

Finns det något som fungerar bra i barnets situation?

.....

.....

Finns det fler barn i familjen? Om ja, hur många och i vilken ålder?.....

.....

Var befinner sig barnet just nu?

.....

Anmälare

Jag lämnar uppgifterna i tjänsten

Förnamn:..... Efternamn:.....

Arbetsplats: Yrkestitel:

Telefonnummer:

Jag lämnar uppgifterna som privatperson

Förnamn:..... Efternamn:.....

Telefonnummer:

Jag vill vara anonym

Ifylld anmälningsblankett skickas till

Sölvesborgs Kommun

Individ- och familjeomsorgen

294 80 Sölvesborg