



Sölvesborgs kommun
 294 80 Sölvesborg
 0456-81 60 00, info@solvesborg.se

Ansökan om god man (ansökan från anhörig)

* = Obligatorisk uppgift

Ansökan skickas till:

Överförmyndarnämnden
 Sölvesborgs kommun
 294 80 Sölvesborg

Ansökan gäller*

☐ God man

Person ansökan gäller

Förnamn*	Postnummer*
Efternamn*	Postort*
Personnummer*	Telefon (även riktnummer)*
Utdelningsadress*	E-postadress
Eventuell annan vistelseadress	

Sökande

Förnamn*	Postnummer*
Efternamn*	Postort*
Personnummer*	Telefon (även riktnummer)*
Utdelningsadress*	E-postadress

Hjälpbehov

Vad behöver personen hjälp med*

- ☐ Ekonomiska angelägenheter (tex sköta ekonomi, betala räkningar, ansöka om stöd, bidrag eller ersättningar)
- ☐ Personliga angelägenheter (tex vård, omsorg, sociala behov, myndighetskontakter)

Beskriv mer utförligt varför personen behöver hjälp med rättsliga, ekonomiska eller personliga angelägenheter*

Vad har gjort att behov av hjälp har uppstått just nu?*

Samtycker personen till att få hjälp?*

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Sölvesborgs kommun

Nuvarande ekonomisk situation

Hur ser personens ekonomiska situation ut idag och vem sköter ekonomin? Ange om personen har skulder*

Hälsotillstånd

Vilka hälsoskäl gör att personen behöver hjälp?*

Tidigare försök att tillgodose hjälpbehovet

Har ni försökt att tillgodose hjälpbehovet på annat sätt, till exempel genom fullmakt, banktjänster, hjälp från anhöriga eller socialtjänsten?*

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Om ja, varför är det inte tillräckligt för att tillgodose hjälpbehovet?*

Övriga kontaktuppgifter

Boendepersonal, hemtjänst, kontaktpersoner etc. Ange namn, adress, telefonnummer och e-postadress*

Myndighets- och sjukvårdskontakter, till exempel biståndsbedömare inom socialtjänsten, LSS-handläggare, kurator, läkare eller sjuksköterska. Ange namn, adress, telefonnummer och e-postadress*

Sölvesborgs kommun

Närmast anhöriga. Ange namn, adress, telefonnummer och e-postadress*

--

Eventuellt förslag på god man(fylls i om förslag finns)

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Utdelningsadress

Postnummer
Postort
Telefon (även riktnummer)
E-postadress

Bilagor

- ☐ Läkarintyg för godmanskap
- ☐ Social utredning från socialtjänst eller sjukvård som styrker behovet av god man

Underskrifter**Sökanden**

Datum och sökandens underskrift*

Namnförtydligande*

Den ansökan gäller

Jag samtycker till att en god man eller förvaltare förordnas för mig, och jag är medveten om att jag själv kan få betala arvode för den gode mannen eller förvaltaren

Datum och underskrift av den ansökan gäller*
--

Namnförtydligande*

Hantering av personuppgifter:

Kommunen blir personuppgiftsansvarig för personuppgifterna först när den ifyllda blanketten tagits emot av kommunen. Uppgifterna kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen.

För mer information om hur personuppgifterna behandlas i ditt ärende hänvisas till kommunens hemsida.