

V-Dala Överförmyndarsamverkan
Avesta - Hedemora - Norberg

**REDOVISNING AV UPPDRAG SOM GOD MAN FÖR ENSAMKOMMANDE
BARN OCH BEGÄRAN OM ARVODE (ASYLPERIOD)**

Asylperiod – period då barnet inte har permanent uppehållstillstånd

Gode mannen har rätt till ett skäligt arvode för uppdraget och ersättning för de utgifter som varit skäligen påkallade för uppdragets fullgörande enligt bestämmelserna i 12 kap. 16 § Föräldrabalken och 12 § lag (2005:429) om god man för ensamkommande barn. Det är överförmyndaren som beslutar om arvodet och betalar ut till gode mannen.

Barnet

Barnets förnamn, efternamn	Födelsedatum/Personnummer
Barnets vistelseadress	Migrationsverkets beteckningsnummer (id-nr)
<input type="checkbox"/> Barnet har inte permanent uppehållstillstånd	

Gode mannen

Namn		Personnummer
Gatuadress, postnummer, ort		
Telefonnummer (dagtid)	Mobil	E-post

Arvodesräkningen avser tiden

Från	Till
------	------

Beslut (ifylls av överförmyndare)

Fast månadsarvode (2,25 % av prisbasbeloppet i kronor för hel månad)	
Arvode antal timmar *) á 200 kronor	
Resersättning antal km á 1,85 kr (skattefritt)	
Kostnadsersättning (enligt bifogade kvitton)	
Total summa:	

* Vid resa med den underårige till Migrationsverket utgår timmarvode med 200 kronor per timme under förutsättning att Migrationsverket har kallat till mötet.

V-Dala Överförmyndarsamverkan

POSTADRESS: Box 201, 776 28 HEDEMORA, BESÖKSADRESS: Callerholmsgatan 3,
HEDEMORA Telefon: 0225-34 000, E-post: overformyndarkansli@hedemora.se

Uppgifter om barnet

Barnet har under perioden bott i/på	
<input type="checkbox"/> HVB	<input type="checkbox"/> Familjehem <input type="checkbox"/> Familjehem på anläggningsboende
Besök hos barnet i boendet	
<input type="checkbox"/> Inga	<input type="checkbox"/> 1-2 gånger <input type="checkbox"/> 1-2 gånger/månad <input type="checkbox"/> Flera gånger i veckan
Antal kontakter	
Med underårig _____	Med vårdinstitutioner _____
Med anhöriga _____	Annan kontakt _____
Har du ansökt om uppehållstillstånd för barnet?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____ <input type="checkbox"/> Åtgärdat tidigare
Har du medverkat vid Migrationsverkets mottagnings- och asylsamtal?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____
Har du haft kontakt med och/eller bevakat utredningen hos offentliga biträdet?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____
Har barnet varit på hälsoundersökning?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____ <input type="checkbox"/> Åtgärdat tidigare Om ja, följde du med barnet till asylhälsan _____
Har barnet fått tandvård?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____
Får barnet skolundervisning?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____
Har du deltagit vid inskrivningssamtalet i skolan?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____ <input type="checkbox"/> Åtgärdat tidigare
Har du deltagit vid utvecklingssamtal om barnet i skolan?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____
Har du deltagit vid socialtjänstens utredningar om barnets behov och boende?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____
Har du hjälpt till med att barnet fått ringa/kontakta sin familj?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____
Har du medverkat till/vid återförening med barnets föräldrar (återvändarsamtal mm)?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____
Har du ansökt om bistånd enligt Socialtjänstlagen (SoL)?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____
Har du utkvitterat LMA-kortet?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____ <input type="checkbox"/> Åtgärdat tidigare

V-Dala Överförmyndarsamverkan

POSTADRESS: Box 201, 776 28 HEDEMORA, BESÖKSADRESS: Callerholmsgatan 3,
HEDEMORA Telefon: 0225-34 000, E-post: overformyndarkansli@hedemora.se

Har barnet varit föremål för omhändertagande enl. Lagen om vård av unga (LVU)?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du vidtagit några andra åtgärder? Eller utfört andra uppdrag för barnets räkning?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej Om ja, vad? _____
Har du medverkat till att barnet anmälts till fritidsaktiviteter?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej Om nej, ange anledning _____

Förenklad redovisning rörande barnets ekonomi

Har du ansökt om dagersättning/klädbidrag/annat bidrag hos Migrationsverket?	
<i>Gäller endast vid boende på HVB-boende</i>	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilket bidrag _____ <input type="checkbox"/> Åtgärdat tidigare Om nej, ange anledningen _____
Barnet har under perioden fått ersättning/bidrag enligt nedan	
<input type="checkbox"/> Dagersättning	<input type="checkbox"/> Klädbidrag <input type="checkbox"/> Annat
Barnets ersättningar/bidrag har hanterats enligt nedan	
<input type="checkbox"/> Barnet har själv disponerat sina pengar efter samråd med mig	
<input type="checkbox"/> Boendet har hanterat barnets ersättningar/bidrag och redovisat detta till mig	
<input type="checkbox"/> Jag har förvaltat barnets egendom	
Även dagersättning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej aktuellt, familjehemsplacering

Begäran om arvode

Jag begär arvode	
Jag begär arvode	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Jag begär kilometerersättning (enligt bifogad reseräkning)	
Jag begär kilometerersättning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Jag begär kostnadsersättning (kostnader ska bifogas för att kostnadsersättning ska utgå)	
Jag begär kostnadsersättning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Uppgifterna i denna redovisning intygas på heder och samvete

Datum

Namnsteckning

Namnförtydligande

V-Dala Överförmyndarsamverkan

POSTADRESS: Box 201, 776 28 HEDEMORA, BESÖKSADRESS: Callerholmmsgatan 3,
HEDEMORA Telefon: 0225-34 000, E-post: overformyndarkansli@hedemora.se

