

V-Dala Överförmyndarsamverkan
Avesta - Hedemora - Norberg

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

PUT-period - period då barnet 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	Personnummer
Barnets vistelseadress	Migrationsverkets beteckningsnummer (id-nr)
<input type="checkbox"/> Barnet har 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	
Reseersättning 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 _____
Får barnet skolundervisning?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____
Har du deltagit vid utvecklingssamtal om barnet i skolan?	
<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 ansökt om bistånd enligt Socialtjänstlagen (SoL)?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____
Har socialtjänsten ansökt till tingsrätten om särskilt förordnad vårdnadshavare för barnet?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____ <input type="checkbox"/> Åtgärdat tidigare
Har du folkbokfört barnet hos Skatteverket?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____ <input type="checkbox"/> Åtgärdat tidigare
Har du skrivit in barnet hos Försäkringskassan?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____ <input type="checkbox"/> Åtgärdat tidigare
Har du öppnat bankkonto och ordnat med bankkort till barnet?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____ <input type="checkbox"/> Åtgärdat tidigare
Har socialtjänsten ansökt om barnbidrag?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____ <input type="checkbox"/> Åtgärdat tidigare
Har du ansökt om studiebidrag/studiemedel?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning _____ <input type="checkbox"/> Åtgärdat tidigare
Har du ordnat med ID-kort för barnet?	
<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

Förenklad redovisning rörande barnets ekonomi

Barnet har under perioden fått ersättning/bidrag enligt nedan
<input type="checkbox"/> Barnbidrag <input type="checkbox"/> Ersättning/stöd från CSN <input type="checkbox"/> Försörjningsstöd <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 och använt den på följande sätt:

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	Namnteckning
	_____ Namnförtydligande

V-Dala Överförmyndarsamverkan

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

Eventuella kompletterande uppgifter som inte har rymts ovan i blanketten

Ange eventuella kostnader du begär kostnadsersättning för (bifoga kopia av kvitton)

Reseräkning för uppdrag som god man för ensamkommande barn

Datum	Resans ändamål/arbetad tid	Från- Till	Km	*Tolk (X)
			Summa km:	

**Om möjligt bifoga specifikationer eller dyl. från tolkförmedlingen*

V-Dala Överförmyndarsamverkan

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