

* = Obligatorisk uppgift

Ansökan skickas till:

Överförmyndarnämnden

Sölvesborgs kommun

294 80 Sölvesborg

Sölvesborgs kommun

294 80 Sölvesborg

0456-81 60 00, info@solvesborg.se

Ansökan gäller* God man**Sökande**

Förnamn*

Efternamn*

Personnummer*

Utdelningsadress*

Eventuell annan vistelseadress

Postnummer*

Postort*

Telefon (även riktnummer)*

E-postadress

Hjälpbehov

Vad behöver du 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 du behöver hjälp med rättsliga, ekonomiska eller personliga angelägenheter*****Vad har gjort att behov av hjälp har uppstått just nu?*****Nuvarande ekonomisk situation**

Hur ser din ekonomiska situation ut idag och sköter du eller någon annan ekonomin? Ange om du har skulder*

Sölvesborgs kommun

Hälsotillstånd

Vilka hälsoskäl gör att du behöver hjälp?*

Tidigare försök att tillgodose hjälpbehovet

Har du 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*

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

Sölvesborgs kommun

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

| |
|---------|
| Förnamn |
|---------|

| |
|------------|
| Postnummer |
|------------|

| |
|-----------|
| Efternamn |
|-----------|

| |
|---------|
| Postort |
|---------|

| |
|--------------|
| Personnummer |
|--------------|

| |
|---------------------------|
| Telefon (även riktnummer) |
|---------------------------|

| |
|------------------|
| Utdelningsadress |
|------------------|

| |
|--------------|
| 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* |
|--------------------|

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.