

- 
- KVARTALSRÄKNING
- 
- 
- SLUTRÄKNING

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>För myndling</b>   |  | Personnummer                             |
| Namn:   |  |  |
| Utdelningsadress (gata, box etc)                                      | Postnummer                                     | Postort                                  |
|   |  |  |
| Vistelseadress (om annan än ovan angivna)                             | Postnummer                                     | Postort                                  |
|   |  |  |
| <b>God man</b>  |  | Personnummer                             |
| Namn:   |  |  |
| Utdelningsadress (gata, box etc)                                      | Postnummer                                     | Postort                                  |
|   |  |  |
| Telefon dagtid (även riktnr)  | Telefon kvällstid                              | Alternativt telenr (även riktnr)         |
|   |  |  |
| Mobiltelefon  | E-postadress                                   |  |
|   |  |  |
| <b>Offentligt ombud</b>   |  | Telefon                                  |
| Namn:   |  |  |
| <b>Boendeform för barnet under perioden</b>                           |  |  |
| Barnet har under perioden bott  |  | Vad/var?                                 |
| <input type="checkbox"/> Familjehem                                   | <input type="checkbox"/> Migrationsverket      | <input type="checkbox"/> Annat, nämligen |
| Utdelningsadress (gata, box etc)                                      | Telefon dagtid (även riktnr)                   |  |
|   |  |  |
| <b>Besök hos barnet</b>   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Inga besök                                   | <input type="checkbox"/> 1-2 besök             | <input type="checkbox"/> 1-2 besök/månad |
| <input type="checkbox"/> 1 besök/vecka                                | <input type="checkbox"/> Flera gånger i veckan |  |
| <b>Kontakter</b>  |  |  |
| Antal övriga kontakter med barnet                                     | Antal kontakter boendet                        | Kontakter med off bitr                   |
|   |  |  |
| Kontakter med anhöriga i Sverige eller hemlandet                      | Antal kontakter med övriga myndigheter mfl     |  |
|   |  |  |
| <b>Övriga frågor</b>  |  |  |
| Har du ansökt om uppehållstillstånd för barnet?                       | <input type="checkbox"/> Ja                    | <input type="checkbox"/> Nej             |
| Har du medverkat vid migrationsverkets utredning och vid polisförhör? | <input type="checkbox"/> Ja                    | <input type="checkbox"/> Nej             |
| Har barnets hälsa undersökts?   | <input type="checkbox"/> Ja                    | <input type="checkbox"/> Nej             |
| Får barnet tillfälle till undervisning?                               | <input type="checkbox"/> Ja                    | <input type="checkbox"/> Nej             |
| Har du deltagit i utvecklingssamtal om barnet i skolan?               | <input type="checkbox"/> Ja                    | <input type="checkbox"/> Nej             |
| Har du medverkat socialtjänstens/BUP:s utredning?                     | <input type="checkbox"/> Ja                    | <input type="checkbox"/> Nej             |
| Har du ansökt om något bistånd, t ex kontaktperson?                   | <input type="checkbox"/> Ja                    | <input type="checkbox"/> Nej             |
| Har du ansökt om några bidrag?  | <input type="checkbox"/> Ja                    | <input type="checkbox"/> Nej             |
| Har särskilt förordnad vårdnadshavare förordnats för barnet?          | <input type="checkbox"/> Ja                    | <input type="checkbox"/> Nej             |
| Har du överklagat något beslut?                                       | <input type="checkbox"/> Ja                    | <input type="checkbox"/> Nej             |

| Ekonomisk förvaltning  |          |
|--|----------|
| Dagersättning/annan ersättning handhas av  | Vad/var? |
| <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Familjeboende <input type="checkbox"/> Barnet <input type="checkbox"/> Annan |          |

| Specifikation av resor med egen bil |       |                |
|-------------------------------------|-------|----------------|
| Datum                               | Längd | Resans ändamål |
|                                     |       |                |
|                                     |       |                |
|                                     |       |                |
|                                     |       |                |
|                                     |       |                |
|                                     |       |                |
|                                     |       |                |
|                                     |       |                |
|                                     |       |                |
|                                     |       |                |
|                                     |       |                |
|                                     |       |                |
|                                     |       |                |
|                                     |       |                |
|                                     |       |                |
|                                     |       |                |
|                                     |       |                |
|                                     |       |                |
|                                     |       |                |
|                                     |       |                |
|                                     |       |                |
| Summa (km)                          |       |                |

**God mans underskrift**

| Ort | Datum | Underskrift |
|-----|-------|-------------|
|     |       |             |

**Överförmyndarnämndens beslut**

|   |   |
|---|---|
| Redovisning granskad<br><input type="checkbox"/> Utan anmärkning<br><input type="checkbox"/> Med korrigerig | Redovisning granskad<br><input type="checkbox"/> Med anmärkning |
| Kommentar:<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....  | Anmärkning:<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....                 |
| Datum och underskrift   | Överförmyndarnämnden i<br>Sölvesborgs kommun                    |