

Ansökan om förordnande av god man eller förvaltare enligt föräldrabalken 11 kap 4 § respektive 7 § får göras av den ansökan avser. Syftet med blanketten är att utreda om förutsättningarna för godmanskap eller förvaltarskap är uppfyllda och att behov i föräldrabalkens mening av sådan ställföreträdare föreligger. Om man vill ansöka om god man själv bör man ta kontakt med någon inom socialtjänsten eller sjukvården för att få hjälp med att fylla i blanketten. Det är också en stor fördel om någon inom socialtjänsten eller sjukvården kan tillstyrka att godmanskap eller förvaltarskap bör anordnas.

Skickas till:  
Malå Kommun  
Överförmyndarenheten  
Storgatan 13  
939 31 Malå

Alt. Skellefteå Tingsrätt  
Box 398  
931 24 Skellefteå

## ANSÖKAN TILL TINGSRÄTTEN

avseende behov av god man eller förvaltare enligt föräldrabalken 11 kap 4 § respektive 7 § (**egen ansökan**).

Kryssa för det ansökan avser

God Man

Förvaltare

### 1. Sökande (Den som vill ha god man eller förvaltare)

Namn		Personnummer	
Adress		Postnummer	Ort
Vistelseadress (om annan än ovanstående)		Postnummer	Ort
Tel bostad	Tel arbete	Tel mobil	e-postadress

### 2. Jag behöver hjälp i följande omfattning.

Bevaka min rätt

Förvalta min egendom

Sörja för min person

Bevaka min rätt avseende viss rättshandling nämligen:

.....  
.....  
.....

Övriga upplysningar:.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Om någon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person, skall rätten, enligt föräldrabalken 11 kap 4 §, om det behövs, besluta att anordna godmanskap för honom eller henne. Ett sådant beslut får inte meddelas utan samtycke av den för vilken godmanskap skall anordnas, om inte den enskildes tillstånd hindrar att hans eller hennes mening inhämtas. Om den enskilde är ur stånd att vårda sig eller sin egendom, kan enligt 11 kap 7 § föräldrabalken förvaltarskap anordnas.

Besvara gärna frågorna på särskild bilaga om utrymmet inte räcker till.

4. Vilka omständigheter gör att ovan du har behov av god man och på vilket sätt visar sig problemen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Vad har gjort att behov av hjälp har uppstått just nu? Hur har behovet tillgodosetts tidigare?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Har du tidigare utfärdat fullmakt till någon? Om ja, vad gör att det inte är tillräckligt med fullmakt för att uppfylla ditt behov av hjälp?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Vad gör att ditt behov av hjälp inte kan tillgodoses på ett mindre ingripande sätt, t ex genom fullmakt, banktjänster, hjälp från anhöriga eller hjälp ifrån socialtjänsten eller andra samhällsinsatser?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Uppgifter om boendeform och eventuell kontaktperson inom hemtjänst eller särskilt boende. Även uppgifter om boendestöd m.m (ange även telefonnummer) samt planerade förändringar i boendet.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Andra myndighets- och sjukvårdskontakter, t ex tjänstemän inom socialtjänsten såsom socialsekreterare, biståndsbedömare eller LSS-handläggare (ange även telefonnummer).

.....

.....

.....

.....

10. Namn adress och telefonnummer och släktrelation till närmast anhöriga. Även uppgift om annan som står dig nära.

.....

.....

.....

.....

.....

### Bilagor som skall lämnas tillsammans med ansökan

1 Personbevis Kan beställas på skattemyndighetens eller beställas på skattemyndighetens hemsida [www.skattemyndigheten.se](http://www.skattemyndigheten.se)

2 Social utredning (om inte sådana uppgifter lämnats ovan) Utfärdas av befattningshavare inom socialtjänsten eller sjukvården.

### Underskrifter

Ort och datum

Namnteckning sökanden

Namnförtydligande

Det är en stor fördel om befattningshavare för socialtjänsten eller sjukvården kan yttra sig om behovet av god man eller förvaltare genom undertecknande här nedan. Kryssa i det förordnande som avses.

*”Jag tillstyrker att*

god man

förvaltare

*förordnas för sökanden i ovan angiven omfattning”*

Ort och datum

Namnteckning företrädare för socialtjänsten eller sjukvården

Namnförtydligande

Titel eller befattning

Arbetsplats

Adress till arbetsplatsen

Postnummer

Ort

Tel arbete

Tel mobil

e-postadress