

**INTRESSEANMÄLAN**

God man / Förvaltare

*Härmed anmäler jag mitt intresse för att åta mig uppdrag som god man eller förvaltare i enlighet med reglerna i föräldrabalken.***Personuppgifter** (Texta gärna tydligt)

Förnamn		Efternamn		Personnummer
Adress			Postnummer	Ort
Mobiltelefon	Telefon Bostad	Telefon Arbete	E-postadress	

Är du redan / har du varit god man eller förvaltare?

<input type="checkbox"/> Ja, i	Kommun	<input type="checkbox"/> Nej
--------------------------------------	--------	------------------------------

Om ja, är du villig/redo att ta fler ärenden? Ja Nej Inte just nu, men kanske längre fram

Har du gått någon grupputbildning för god man?

	2016	2015	2014	2013	2012	2011	Tidigare år
<input type="checkbox"/> Första information/informationsträff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Grundutbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Årsräkning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ensamkommande barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du någon erfarenhet eller utbildning inom något / några av dessa områden?

Ekonomi Juridik Fastighetsaffärer Psykiatri Autism

Var/när:

Talar du några fler språk än svenska?

<input type="checkbox"/> Albanska	<input type="checkbox"/> Finska	<input type="checkbox"/> Kaldeiska	<input type="checkbox"/> Meänkieli	<input type="checkbox"/> Samiska	<input type="checkbox"/> Tigriska
<input type="checkbox"/> Amhariska	<input type="checkbox"/> Franska	<input type="checkbox"/> Kantonesiska	<input type="checkbox"/> Nederländska	<input type="checkbox"/> Serbiska	<input type="checkbox"/> Tjeckiska
<input type="checkbox"/> Arabiska	<input type="checkbox"/> Grekiska	<input type="checkbox"/> Keldani	<input type="checkbox"/> Norska	<input type="checkbox"/> Slovakiska	<input type="checkbox"/> Turkiska
<input type="checkbox"/> Assyriska	<input type="checkbox"/> Hebreiska	<input type="checkbox"/> Khmer	<input type="checkbox"/> Pashto	<input type="checkbox"/> Slovenska	<input type="checkbox"/> Turkmeniska
<input type="checkbox"/> Bengali	<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Koreanska	<input type="checkbox"/> Persiska	<input type="checkbox"/> Somaliska	<input type="checkbox"/> Tyska
<input type="checkbox"/> Bosniska	<input type="checkbox"/> Igbo	<input type="checkbox"/> Kroatiska	<input type="checkbox"/> Polska	<input type="checkbox"/> Sorani	<input type="checkbox"/> Ukrainska
<input type="checkbox"/> Burmesiska	<input type="checkbox"/> Indonesiska	<input type="checkbox"/> Kurdiska	<input type="checkbox"/> Portugisiska	<input type="checkbox"/> Spanska	<input type="checkbox"/> Ungerska
<input type="checkbox"/> Danska	<input type="checkbox"/> Isländska	<input type="checkbox"/> Kurmanji	<input type="checkbox"/> Punjabi	<input type="checkbox"/> Swahili	<input type="checkbox"/> Urdu
<input type="checkbox"/> Dari	<input type="checkbox"/> Italienska	<input type="checkbox"/> Lettiska	<input type="checkbox"/> Romani	<input type="checkbox"/> Syriska	<input type="checkbox"/> Uzbekiska
<input type="checkbox"/> Engelska	<input type="checkbox"/> Japanska	<input type="checkbox"/> Litauiska	<input type="checkbox"/> Rumänska	<input type="checkbox"/> Teckenspråk	<input type="checkbox"/> Vietnamesiska
<input type="checkbox"/> Estniska	<input type="checkbox"/> Jiddisch	<input type="checkbox"/> Mandarin	<input type="checkbox"/> Ryska	<input type="checkbox"/> Thaiändska	
<input type="checkbox"/> Annat:					

PostadressEskilstuna Kommun
Överförmyndarkontoret
631 86 Eskilstuna**Besöksadress**

Värjan, Alva Myrdals gata 5

Telefon

016-710 50 80

Fax

016-710 17 94

Webbplatseskilstuna.se
strangnas.se
overformyndarkontoret@eskilstuna.se

Är du intresserad av uppdrag inom något specifikt område?

<input type="checkbox"/> Äldre	<input type="checkbox"/> Psykiskt funktionshinder	<input type="checkbox"/> Ensamkommande barn	<input type="checkbox"/> Kvinnlig huvudman
<input type="checkbox"/> Yngre	<input type="checkbox"/> Autism	<input type="checkbox"/> Anhörig	<input type="checkbox"/> Manlig huvudman
<input type="checkbox"/> Omyndiga	<input type="checkbox"/> Missbruk	<input type="checkbox"/> Andra önskemål:	

Referenser (Namn, relation och telefonnummer till två personer)

1 Namn	Relation	Telefon
2 Namn	Relation	Telefon

Allmän bakgrund / erfarenheter / nuvarande sysselsättning / med mera...

Det går bra att bifoga CV eller separat papper om du behöver mer plats att skriva på

Jag lämnar mitt tillstånd till att överförmyndarnämnden får begära utdrag ur belastningsregistret, samt göra kontroll hos Kronofogdemyndigheten.

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

Information angående bestämmelser i personuppgiftslagen (PUL)

Personuppgifter som du lämnar in i din ansökan behandlas av kommunal nämnd/förvaltning i syfte att registrera och administrera din ansökan. Genom att skicka in din ansökan medger du också att informationen tills vidare får lagras, sparas och bearbetas i register av personuppgiftsansvarig nämnd/förvaltning. Du kan årligen skriftligen begära hos kommunens personuppgiftsombud i Eskilstuna kommun att få information om dina personuppgifter och hur de används. Du kan begära att personuppgifter rättas eller tas bort.

Tack för att du tog dig tid att fylla i alla uppgifter!

Det underlättar vårt arbete att hitta rätt god man till varje huvudman.

Överförmyndarkontorets noteringar:

	<input type="checkbox"/> Utdrag ur belastningsregistret
	<input type="checkbox"/> Kontroll Kronofogdemyndigheten
Ankomststämpel: Överförmyndarkontoret	

Postadress

Eskilstuna Kommun
Överförmyndarkontoret
631 86 Eskilstuna

Besöksadress

Värjan, Alva Myrdals gata 5

Telefon

016-710 50 80
Fax
016-710 17 94

Webbplats

eskilstuna.se
strangnas.se
overformyndarkontoret@eskilstuna.se