



Överförmyndarkontoret

Begäran om arvode enligt lag om god man för ensamkommande barn



STRÄNGNÄS KOMMUN

1. God man

Efternamn, förenamn	Personnummer
Adress	Telefonnummer

2. Godmanskapet avser

Efternamn, förenamn	Födelsedatum/personnummer
Vistelseadress/folkbokföringsadress	Telefonnummer

3. Uppdrag under (period) _____

Hur många gånger har du träffat barnet under perioden (antal gånger): _____

Datum	Uppdrag som utförts
	Besök där barnet bor för kontakt och information (<i>beskriv syftet med besöket</i>)
	Träff med barnet individuellt utanför boendet (<i>beskriv syftet med träffen</i>)
	Bokade besök Migrationsverket (<i>beskriv syftet med besöket</i>)
	Medverkan i social utredning, boendeutredning (<i>beskriv syftet med utredningarna</i>)

Datum	Uppdrag som utförts
	Medverkan i skolan, hälsobesök (<i>beskriv syftet med besöket</i>)
	Kontakter med anhöriga, återförening (<i>plats och syfte</i>)
	Administrativa uppgifter; (<i>ex. ansökning om bidrag, ekonomisk förvaltning, telefonkontakter</i>)
	Andra åtgärder (<i>beskriv</i>)

Övriga upplysningar

Härmed intygas på heder och samvete att redovisningen samt de uppgifter som lämnats i denna begäran är riktiga.

Datum	Namn-teckning
-------	---------------

KR 160822

Postadress
Eskilstuna kommun
Överförmyndarkontoret
631 86 ESKILSTUNA

Besöksadress
Värjan plan 5, Alva Myrdals gata 5
Telefon
016-710 50 80

Fax
016-12 59 47
Webbplats
eskilstuna.se