



NYBRO
KOMMUN



Emmaboda
kommun



Torsås
kommun



Uppvidinge
KOMMUN

Överförmyndarnämnd i Samverkan

Skicka redogörelsen till: Överförmyndarnämnden, 382 80 Nybro

Redogörelse	Redovisning för pågående uppdrag			
Ensamkommande barn	Slutredovisning (uppdraget har upphört)			
Ange vilken kommun barnet vistas i	Nybro	Emmaboda	Torsås	Uppvidinge
Avser kvartal (en redogörelse för varje kvartal)				
1 1 jan-31 mars	2 1 april-30 juni	3 1 juli-30 sep	4 1 okt-31 dec	
Del av kvartal fr.o.m.		t.o.m		
Har barnet beslut från Migrationsverket	Ja	Nej		
Uppehållstillstånd (UT)	Ja	Nej	beslutsdatum	

Personuppgifter

Ensamkommande barn

Namn		Personnummer	Dossienummer
Adress		Telefonnummer boende	Telefonnummer dagtid
Postnummer	Postadress	E-postadress	

God man

Namn		Personnummer
Adress		Mobilnummer
Postnummer	Postadress	E-postadress

Att samtliga av mig inlämnade uppgifter är riktiga, intygas på heder och samvete:

Ort och datum

Namnunderskrift (God man)

Personliga angelägenheter

Barnets boende

Barnet har under perioden bott i/på:

Familjehem (namn/adress/telefonnummer):

HVB (hem för vård och boende) Vilket?

Annat:

Kontaktperson på boendet, samt telefonnummer:

Om barnet har flyttat under perioden, vart?

Barnets socialsekreterare samt placerande kommun:

Barnets offentliga biträde, byrå och telefon:

Besök hos barnet

Inga besök

1-2 besök

1-2 besök/månad

1 besök/vecka

fler besök/vecka

Övrigt

Vilka andra kontakter har du haft med barnet och hur ofta?

Vilka kontakter har du haft med familjehemmet/boendet?

Antal kontakter med offentliga biträdet:

Antal kontakter med övriga myndigheter, institutioner, organisationer:

Har du ansökt om uppehållstillstånd för barnet? Om nej, motivera:	Ja	Nej	Redan gjorts
Har du medverkat vid Migrationsverkets utredning? Om nej, motivera:	Ja	Nej	Redan gjorts
Är barnet aktuellt för åldersbedömning?	Ja	Nej	Redan gjorts

Har barnet fått LMA-kort?	Ja	Nej	
Har barnets obligatoriska hälso- och tandvårdsundersökning genomförts? Om nej, motivera:	Ja	Nej	Redan gjorts
Har barnet fått ytterligare vård vid behov, t.ex. synundersökning? Om nej, motivera:	Ja	Nej	Ej behov
Får barnet tillfälle till skolundervisning/förskola? Om nej, motivera:	Ja	Nej	Ej behov
Har du deltagit i utvecklingssamtal om barnet i skolan? Om nej, motivera:	Ja	Nej	Ej behov
Har du medverkat vid socialtjänstens utredning? Om nej, motivera:	Ja	Nej	Redan gjorts/ Ej behov
Har du medverkat vid barn- och ungdomspsykiatrins utredning? Om nej, motivera:	Ja	Nej	Ej behov
Har du sett till att barnet fått kontakta sin familj? Om nej, motivera:	Ja	Nej	Redan gjorts
Har du ansökt om något bistånd, t.ex. kontaktperson? Om nej, motivera:	Ja	Nej	Redan gjorts/ Ej behov
Har du ansökt om några bidrag från Migrationsverket eller socialtjänsten? Om ja, vilka? Om nej, motivera:	Ja	Nej	Redan gjorts
Har du överklagat något beslut gällande barnet? Om ja, vilket/vilka beslut har överklagats? Om nej, varför har du valt att inte överklaga ett överklagbart beslut?	Ja	Nej	Ej behov

Har barnet varit föremål för omhändertagande enligt LVU? Om ja, bifoga beslutet.	Ja	Nej	
Har du medverkat vid möte med polis om barnet utsatts för brott eller utfört brott? Om nej, motivera:	Ja	Nej	Ej behov

För barn som fått UT

Har du sett till att barnet blivit bokfört (fått fullständigt personnummer), fått ID-handling (t.ex. pass)? Om nej, motivera:	Ja	Nej	Redan gjorts/ Ej behov
Har du bevakat ansökan om särskilt förordnad vårdnadshavare för barnet? Om nej, motivera:	Ja	Nej	

Eventuella kompletterande uppgifter som inte har rymts ovan i blanketten.

Fylls i av överförmyndarhandläggare:

Innan uppehållstillstånd

Summa

4 % av prisbasbelopp/månad	
Fr.o.m.-t.o.m.	
Antal kilometer (1,85 kr/km)	
Kostnadsersättning (0,5 % av prisbasbeloppet/månad)	

Efter uppehållstillstånd

Kommunplacerat från och med datum: _____

2 % av prisbasbeloppet/månad	
Fr.o.m.-t.o.m.	
Kilometerersättning 1,85 kr/km	
Antal kilometer	
Kostnadsersättning (0,5 % av prisbasbeloppet/månad)	

Summa

Totalt:	
---------	--

Attest	
Datum	Namnteckning handläggare