



### Överförmyndare i samverkan

Kinda, Vimmerby, Ydre och Åtvidabergs kommuner

## SOCIAL UTREDNING (bifogas blanketten **Anmälan till överförmyndaren enligt 5 kap 3 § SoF alt 15 § LSS**)

### Personutredningen avser

Namn		Personnummer
Adress	Postnummer	Postadress
E-postadress	Telefon	Mobiltelefon

**Vilka omständigheter gör att ovan nämnda person har behov av god man och på vilket sätt visar sig problemen?**

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

**Överförmyndare i samverkan**

Kinda, Vimmerby, Ydre och Åtvidabergs kommuner

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

**Ange 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.**

**Ange andra inblandade myndighets- och sjukvårdskontakter, t.ex. tjänstemän inom socialtjänsten såsom socialsekreterare, biståndsbedömare eller LSS- handläggare (ange även telefonnummer).**



### Överförmyndare i samverkan

Kinda, Vimmerby, Ydre och Åtvidabergs kommuner

**Ange namn, adress, telefonnummer och släktrelation till närmsta anhöriga och andra närstående.**

### Underskrift

Ort och datum	Telefon	Mobiltelefon
Namnteckning	Namnförtydligande	
E-postadress		