Gällivare kommun Pajala kommun Jokkmokks kommun

ANSÖKAN OM GOD MAN/FÖRVALTARE

Ansökan får göras av den enskilde själv eller dennes make/maka, sambo eller närmaste släktingar

Lapplands överförmyndarnämnd

Ansökan skickas till den behörig domstol:

Ansökan skickas till: tingsrätten där personen som ansökan gäller bor:

- Gällivare tingsrätt - Box 23, 982 21 Gällivare (om huvudmannen bor i Jokkmokk eller Gällivare)
- Haparanda tingsrätt - Box 174, 953 24 Haparanda (om huvudmannen bor i Pajala

Kryssa för det alternativ som avses

❑ God man ❑ Förvaltare

Huvudman (den som behöver god man eller förvaltare)

Namn		Personnummer
Adress	Postnr	Postadress
Vistelseadress (om annan än ovan)		
E-post	Mobilnr	Telnr dagtid

God man eller förvaltare behövs för att hjälpa till med att:

❑ Bevaka rätt ❑ Förvalta egendom ❑ Sörja för person

❑ Bevaka rätt enbart avseende:……

Boendeform idag:

❑ Eget boende ❑ Gruppboende ❑ Äldreboende

❑ Annat:…….....

Eventuellt planerad förändring av boendet:……

Omvårdnad erhålls idag genom:

❑ Anhörig ❑ Hemtjänst ❑ Assistans

❑ Annat sätt:……...….

Kontaktuppgifter till den som har omvårdnaden idag (namn och telefonnummer):

……..

Vilken hälsocentral tillhör den enskilde?

❑ Laponia Hälsocentral ❑ Jokkmokks hälsocentral
❑ Pajala Hälsocentral ❑ Gällivare hälsocentral ❑.....

OF 2025-06

Postadress
Lapplands överförmyndarnämnd
Gällivare kommun
982 81 GÄLLIVARE

Telefon
0970-81 80 00 (växel)

Hemsida/E-post
www.gallivare.se
overformyndarnamnden@gallivare.se

ANSÖKAN OM GOD MAN/FÖRVALTARE
Ansökan får göras av den enskilde själv eller
dennes make/maka, sambo eller närmaste släktingar

Finns daglig sysselsättning/arbete?

❑ Nej ❑ Ja, vilken?.....

Vem sköter ekonomin idag?

❑ Den enskilde själv ❑ Annan person, vem?.....

Finns fullmakt för denna person? ❑ Ja ❑ Nej ❑ Vet ej

Vilket hjälpbehov ska tillgodoses med godmanskap/förvaltarskap?

Problem med att sköta sin ekonomi, kontakt med myndigheter, svårigheter i övrigt (beskriv utförligt)

……...

……...

……...

……...

Varför finns ovan nämnda hjälpbehov?

Ange och beskriv hälsotillståndet

……...

……...

……...

……...

Vad gör att hjälpbehovet inte kan tillgodoses på annat sätt?

T ex genom fullmakt, banktjänster såsom autogiro, hjälp från anhöriga, eller hjälp från socialtjänsten/andra samhällsinsatser

……...

……...

……...

……...

Postadress
Lapplands
överförmyndarnämnd
Gällivare kommun
982 81 GÄLLIVARE

Telefon
0970-81 80 00 (växel)

Hemsida/E-post
www.gallivare.se
overformyndarnamnden@gallivare.se

ANSÖKAN OM GOD MAN/FÖRVALTARE
Ansökan får göras av den enskilde själv eller
dennes make/maka, sambo eller närmaste släktingar

Eventuellt förslag på god man/förvaltare (intresseanmälan och lämplighetsintyg kan bifogas ansökan)

Namn		Personnummer
Adress	Postnr	Postadress
E-post	Mobilnr	Telnr dagtid
Motivera förslaget på god man/förvaltare: ……		

Kontaktinformation

t ex till tjänstemän inom socialtjänsten, sjukvården, omsorgen, LSS, anhöriga eller andra närstående

……

……

……

Underskrift av sökande

Ort och datum
Namnteckning sökande
Namnförtydligande

Kontaktuppgifter på dig som ansöker för en annan person

Namn		Personnummer
Adress	Postnr	Postadress
Relation till den ansökan avser	Telnr dagtid	E-post

Samtycke

Om ansökan görs av annan än den enskilde behövs den enskildes underskrift här (om denne förstår och kan skriva under): *”Jag samtycker till att god man eller förvaltare anordnas i ovan angiven omfattning”*
Ort och datum
Namnteckning av den ansökan avser

Postadress
Lapplands
överförmyndarnämnd
Gällivare kommun
982 81 GÄLLIVARE

Telefon
0970-81 80 00 (växel)

Hemsida/E-post
www.gallivare.se
overformyndarnamnden@gallivare.se