



ÖVERTORNEÅ KOMMUN
Stöd och omsorgsförvaltningen

Anmälningsdatum

Anmälan vid misstanke om att ett barn/ungdom far illa
14 kap 1 § Socialtjänstlagen

OBS! Informera inte någon i familjen när anmälan avser våld/övergrepp!

Uppgiftslämnare

<input type="checkbox"/> Tjänsteman	<input type="checkbox"/> Privatperson, ej anonym	<input type="checkbox"/> Privatperson, anonym
-------------------------------------	--	---

Anmälare

Namn	
Adress	
Telefon/Mobilnr	
E-postadress	
Relation till barnet	
Medanmälare	Telefon/mobilnr

Anmälan gäller

Namn	Personnr
Adress	
Telefon/mobilnr	

Vårdnadshavare (kryssa i om föräldrarna är vårdnadshavare)

<input type="checkbox"/> Moder	Namn	Personnr
Adress		Telefon/mobilnr
<input type="checkbox"/> Fader	Namn	Personnr
Adress		Telefon/Mobilnr
<input type="checkbox"/> Annan	Namn	
Adress		Telefon/mobilnr

Barnets/ungdomens boende (om föräldrarna är separerade)

.....

Finns fler barn i familjen som riskerar att fara illa?

Namn

Ålder

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Behov av tolk

Ja

Nej

Språk:

Orsak till anmälan (skriv på separat blad om utrymmet inte räcker)

Beskriv vad det är som gör att du anmäler just nu (händelser, symtom)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Om anmälan avser våld, finns synbara märken/skador?

.....

.....

Tror ni det är akut fara för den unge idag? Ja Nej

Vad händer om inget görs nu?

.....

.....

.....

Vad befinner sig barnet/ungdomen just nu?

Hur länge har du varit orolig? Beskriv vad som hänt under denna tid; datum för händelser

.....

.....

.....

.....

Beskriv eventuella tidigare åtgärder/insatser som du eller någon annan vidtagit. När?

.....
.....
.....
.....

Inför kommande kontakter med berörda

Är det något särskilt att beakta när vi träffar barnet/ungdomen och/eller vårdnadshavarna?

.....
.....

Finns det något som fungerar bra när det gäller barnet/ungdomens situation?

.....
.....

Övrigt

.....
.....
.....

Känner vårdnadshavaren eller barnet/ungdomen till att anmälan görs?

- Moder (om vårdnadshavare) Fader (om vårdnadshavare)
 Annan vårdnadshavare Barnet/ungdomen

Om socialtjänsten bedömer det nödvändigt, skulle du/ni kunna tänka er att medverka vid en träff för att diskutera anmälan med de berörda?

- Ja Nej

Mentor/Kontaktperson till barnet/ungdomen:

.....
Namn

.....
Telefon

.....
Skola/organisation

Namnunderskrift

.....
Ansvarig anmälare