



**Kontaktuppgifter till den ansökan eller anmälan gäller (huvudmannen)**

Namn		Personnummer	
Adress			
Telefonnummer		E-postadress	
Vistelseadress, om annan än ovan			

**VAD SKA GODMANSKAPET OMFATTA**

- Bevaka rätt (ansöka om insatser, avtal, deklaration)
- Förvalta egendom (betala räkningar, se över sparande)
- Sörja för person (bevaka och påtala den enskildes behov)

Endast viss angelägenhet, nämligen:

.....  
(t.ex. bevaka rätt i dödsbo eller vid fastighetsförsäljning)

Får den enskilde hjälp genom något av följande?

- Personligt ombud (hjälp i kontakt med myndigheter)
- Boendestöd (stöttning i praktiska vardagssysslor)
- Hemtjänst
- Personlig assistans
- Budget- och skuldrådgivning

Vem sköter ekonomin i nuläget?

.....  
Finns fullmakt? Om ja – vem är den utställd på:

.....

**Postadress**

Västerås stad  
Överförmyndarenheten  
721 87 Västerås

**Besöksadress**

Stadshuset i Västerås  
Fiskartorget

**Öppettider stadhusentrén**

Vardagar 8.00-17.30

**Telefon kontaktcenter**

021-39 27 25

**E-postadress**

overformyndaren@vasteras.se

**Webbplats**

www.vasteras.se/godman



### Kontaktuppgifter till boende, boendestöd, kontaktperson, hemtjänst

Namn		Befattning
Telefonnummer	E-postadress	
Namn		Befattning
Telefonnummer	E-postadress	

### Kontaktuppgifter till biståndshandläggare, socialsekreterare, kurator

Namn		Befattning
Telefonnummer	E-postadress	
Namn		Befattning
Telefonnummer	E-postadress	

### Kontaktuppgifter till anhöriga

Namn		Relation	
Adress			Telefonnummer
Postnummer	Postadress	E-postadress	
Namn		Relation	
Adress			Telefonnummer
Postnummer	Postadress	E-postadress	
Namn		Relation	
Adress			Telefonnummer
Postnummer	Postadress	E-postadress	

### Namn på vårdcentral/familjeläkarmottagning

Vårdcentral / familjeläkarmottagning
--------------------------------------

## Eventuellt förslag på god man

Namn		Personnummer
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Postadress	E-postadress

## Kontaktuppgifter till den som har gjort ansökan eller anmälan (om annan än den enskilde)

Namn		Relation
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Ort	E-postadress

## Underskrift

..... Underskrift	..... Namnförtydligande
..... Ort	..... Datum

Till ansökan bifogas följande (ej krav men påskyndar handläggningen)

- Läkarintyg (särskild blankett från Socialstyrelsen)
- Skriftligt samtycke från den ansökan gäller
- Eventuellt åtagande från god man