

Redogörelse för nedlagt arbete

Kalenderår	Eller fr.o.m.	T o m
------------	---------------	-------

Huvudman

Namn	Personnummer
------	--------------

Ställföreträdande (godman/förvaltare)

Namn	Personnummer
Namn	Personnummer

1. Bevaka rätt

(Svara på **alla** frågor nedan genom att sätta ett kryss om bevaka rätt ingår i uppdraget)

Omfattas din huvudman av: <input type="checkbox"/> SOL ¹ <input type="checkbox"/> LSS ² <input type="checkbox"/> LASS ³ (förklaringar se sid. 3)
Har din huvudman personlig assistent, ledsagare eller kontaktperson: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du under året/perioden varit anställd som personlig assistent till din huvudman <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du under året/perioden ansökt om eller sett över: <input type="checkbox"/> Bostadsbidrag <input type="checkbox"/> Bostadstillägg <input type="checkbox"/> Handikappersättning/-Merkostnadsersättning <input type="checkbox"/> Försörjningsstöd <input type="checkbox"/> Förbehållsbelopp ⁴ <input type="checkbox"/> Fondmedel/bidrag <input type="checkbox"/> Frikort inom vården <input type="checkbox"/> Inget behov
Har du under året/perioden ansökt om eller sett över: <input type="checkbox"/> Hemtjänst <input type="checkbox"/> Boendestöd <input type="checkbox"/> Ledsagare <input type="checkbox"/> Kontaktperson <input type="checkbox"/> Personlig assistent <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet <input type="checkbox"/> Inget behov
Har din huvudman hemförsäkring? (Kontrollera att det är försäkrat på huvudmannens adress) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har din huvudman haft någon sysselsättning under perioden? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Arbete <input type="checkbox"/> Daglig sysselsättning <input type="checkbox"/> Praktik <input type="checkbox"/> Annat:
Har din huvudman skulder? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Inkasso <input type="checkbox"/> Kronofogden <input type="checkbox"/> Annat: Om det finns, beskriv i övrig upplysning vad du gjort avseende dessa och om nya uppkommit under perioden och varför

Förvalta egendom

(Svara på **alla** frågor nedan genom att sätta ett kryss om förvalta egendom ingår i uppdraget)

Sköter du som ställföreträdare betalning av räkningar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis Om delvis, vilka räkningar betalar huvudmannen?.....
Fickpengar? Lämnas vid besök <input type="checkbox"/> Till huvudman <input type="checkbox"/> Till personal Överförs till bankkonto med kort: <input type="checkbox"/> används av huvudman <input type="checkbox"/> Används av:
Om fickpengar lämnas till annan än huvudmannen, när kontrollerade du att de använts för huvudmannens bästa? Datum:
Är sparkonton/fondkonton belagda med överförmyndarspär <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du sett till att din huvudmans tillgångar är placerade så att trygghet och skälig avkastning uppnås <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du vidtagit några åtgärder för fastighet tillhörande huvudmannen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Finns något bankfack? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Äger huvudmannen något fordon? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken typ av fordon?

Sörja för person

(Svara på **alla** frågor nedan genom att sätta ett kryss om sörja för person ingår i uppdraget)

Huvudmannen bor i:		
<input type="checkbox"/> Egen fastighet	<input type="checkbox"/> Bostad rätt	<input type="checkbox"/> Hyresrätt
<input type="checkbox"/> Särskilt boende	<input type="checkbox"/> Bostadslös	<input type="checkbox"/> Annat boende:

Kontaktuppgift till särskilt boende eller annan kontaktperson

Namn	Telefonnummer
------	---------------

Är din huvudmans boende tillfredställande för dennes behov? Ja Nej

Har huvudmannen hemtjänst eller annan omvårdnad? Ja Nej Inget behov

Har du sett till att huvudmannen har den hemtjänst, omvårdnad eller LSS-insatser denne är berättigad till?
(OBS! Detta förutsätter att man tagit del av eventuella beslut avseende insatser) Ja Nej Inget behov

Hur många gånger har du i egenskap av ställföreträdare besökt din huvudman i hemmet?
 Inga 1-2 ggr/år 1-2 ggr/mån 1-2 ggr/vecka
 Annan besöksfrekvens:

Antal telefonsamtal med huvudmannen (cirka):

Antal kontakter med anhöriga om huvudmannen (cirka):

Antal kontakter med boende/hemtjänst/assistenter m.m. om huvudmannen (cirka):

Har du sett till att huvudmannen har den fritid som denne önskar och har möjlighet till? Ja Nej

Övriga upplysningar: Har uppdraget inneburit något extra som du inte kunnat uppge i frågorna ovan eller önskar vidareutveckla något vänligen gör det nedan

Begäran om arvode och kostnadsersättning

Bevaka rätt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Förvalta egendom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Sörja för person	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Reseersättning	<input type="checkbox"/> Ja, antal km:	<input type="checkbox"/> Nej
Kostnadsersättning	<input type="checkbox"/> Ja, med: kr	<input type="checkbox"/> Nej

Om du begär kostnadsersättning: Från och med 2019 ska du bifoga kvitton för de faktiska kostnaderna du har under året.

OBS!

Om förvalta egendom inte ingår i uppdraget ska uppgifter om inkomst och tillgångar för din huvudman bifogas för bedömning om vem som betalar arvodet. Bifoga underlag på årsinkomst samt tillgångar.

Underskrift ställföreträdare

Datum	Namnteckning
-------	--------------

Förklaringar:

1. Socialtjänstlagen (2001:453)
2. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:378)
3. Lagen om assistansersättning, Socialförsäkringsbalk (2010:110)
4. Syftet med förbehållsbeloppet är att skydda äldre och personer med funktionsnedsättning från alltför höga avgifter och att dessa grupper ska få behålla en lägsta nivå av egna medel, som ska räcka till nödvändiga och normala levnadskostnader. Kommunen ska bestämma den enskildes förbehållsbelopp genom att beräkna den enskildes levnadskostnader, utom boendekostnaden, med ledning av ett lagstadgat minimibelopp. Läs mer: 8 kap. 7-8§§, SoL och 8 kap.5§, SoL

Överförmyndarnämndens anteckningar

Redogörelsen är granskad av överförmyndarnämnden		
<input type="checkbox"/> Utan anmärkning	<input type="checkbox"/> Med anmärkning	<input type="checkbox"/> Med korrigerig
Granskad av:	Datum:	Namnteckning: