



LULEÅ KOMMUN

## Begäran om ersättning till god man för ensamkommande barn

Begäran lämnas in kvartalsvis till överförmyndarnämnden, senast den 10:e i månaden efter aktuell period

<b>Period:</b>	<input type="checkbox"/> 1 jan-31 mars	<input type="checkbox"/> 1 april-30 juni	<input type="checkbox"/> 1 juli-30 september	<input type="checkbox"/> 1 okt-31 dec
<b>Avser</b>	<input type="checkbox"/> Pågående uppdrag	<input type="checkbox"/> Slutredovisning (uppdraget har upphört)		
	<input type="checkbox"/> Barnet/ungdomen är asylsökande	<input type="checkbox"/> Barnet/ungdomen har uppehållstillstånd (PUT eller TUT)		

### Barnets/ungdomens uppgifter

Namn		Födelsedatum
Vistelseadress	Ort	Dossiernr

### Gode mannens uppgifter

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

### Jag yrkar arvode och ersättning enligt

Schablonersättning

		Antal månader	Summa kr	Öfn ant
Arvode	1 600 kr/månad			
Kostnadsersättning (telefon/porto/resor/parkeringsavg)	400 kr/månad			
<b>SUMMA:</b>			=	=

Särskilt yrkande (Körjournal och dagboksblad bifogas)

			Summa kr	Öfn ant
Arvode	Antal tim	a' 200 kr		
Resor	Antal km	a' 1,85		
<b>SUMMA:</b>			=	=

Vänd

POSTADRESS  
Luleå kommun

BESÖKSADRESS  
Rådstugatan 11

TELEFON/ VÄXEL  
0920-45 30 00

E-POSTADRESS  
overformyndarnamnden@lulea.se

Överförmyndarnämnden  
971 85 LULEÅ

TELEFAX  
0920-45 52 07

www.lulea.se

## Redogörelse

Jag har medverkat vid Migrationsverkets utredning och haft möte med det offentliga biträdet under perioden

Ja  Nej

Om nej varför:

Får ungdomen skolundervisning

Ja  Nej

Om nej varför:

Jag har deltagit vid utvecklingssamtal/möte i skolan

Ja  Nej

Om nej varför:

Jag har deltagit vid socialförvaltningens utredningar om ungdomens behov och boende

Ja  Nej

Om nej varför:

Jag har ansökt om dagersättning och särskilt bidrag från Migrationsverket

Ja  Nej

Om nej varför:

Har barnet fått beslut om uppehållstillstånd eller något annat besked från Migrationsverket

Ja  Nej

Om ja bifoga beslut

### Efter uppehållstillstånd

Jag har ansökt om barnbidrag/studiebidrag hos CSN

Ja  Nej

Om nej varför:

## Kompletterande upplysningar:

Hälsa, särskilda behov, skolgång, om barnet har avvikit, beslut från Migrationsverket, planering för framtiden etc. Lämna gärna redogörelse på bilaga om utrymmet inte räcker till


## Jag intygar på heder och samvete att uppgifterna som lämnats är riktiga

Datum och namnunderskrift god man

## Granskad på överförmyndarnämndens vägnar

Datum och namnunderskrift handläggare