

Barn och Unga - Anmälan enligt 14 kap. 1 § Socialtjänstlagen (SoL)

* Obligatoriska fält

Anmälare och uppgiftslämnare

Anmälare
Efternamn
Förnamn
Enhet/Verksamhet
Adress
Telefon
E-postadress
Anmälares relation till barnet/den unge
Uppgiftslämnare om annan än anmälare
Efternamn
Förnamn
Enhet/Verksamhet
Adress
Telefon
E-postadress
Uppgiftslämnarens relation till barnet/den unge

Lämnade uppgifter behandlas i enlighet med dataskyddsförordningen och handlingen omfattas av offentlighetsprincipen. Vid begäran om utlämnande görs en prövning om så kan ske i enlighet med offentlighets- och sekretesslagen.

Sida 1 av 5

Anmälan avser

Anmälan avser
Efternamn
Förnamn
Adress
Telefon

Vårdnadshavare

Vårdnadshavare 1

Efternamn

Förnamn

Personnummer

Kön (Du kan endast välja ett alternativ)

Kvinna

Man

Adress

Telefon

Tolkbehov (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Vårdnadshavare 2

Efternamn

Förnamn

Personnummer

Kön (Du kan endast välja ett alternativ)

Kvinna

Man

Adress

Telefon

Tolkbehov (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Anledning till denna anmälan

Anledning till denna anmälan

Frågor till uppgiftslämnaren

Vad är det som gör att ni anmäler just nu?

Hur länge har oron funnits?

Var befinner sig barnet/den unge just nu?

Tror ni att det är en akut fara för barnet/den unge? (Du kan endast välja ett alternativ)

Nej

Ja

Om ja: Ange vilken

Finns det andra barn i familjen? (Du kan endast välja ett alternativ)

Nej

Vet ej

Ja

Om ja: Ange vilka och vilken ålder

Har kontakt tagits med andra myndigheter? I så fall vilka?

Vilka åtgärder har ni själv vidtagit?

Känner vårdnadshavare/ vårdnadshavarna till att anmälan görs? (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Kommentar till ovanstående

Känner barnet/den unge till att anmälan görs? (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Kommentar till ovanstående:



LANDSKRONA STAD

Individ- och familjeförvaltningen

Är det något särskilt att beakta när vi kontaktar barnet/den unge och/eller vårdnadshavaren?

Jag kan medverka vid möte med vårdnadshavaren och socialsekreterare? (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Övrigt

Samtycke

Godkännande av hantering av personuppgifter enligt PUL* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift