

Underlag för årlig omprövning av förvaltarskap

Huvudmannens namn	Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort
Förvaltarens namn	Personnummer	

Vänligen ta dig tid att **svara** på nedanstående frågor och **motivera** utförligt ditt ställningstagande. Om raderna inte räcker till använd gärna baksidan eller bifoga en egen bilaga. Bedömer du att det finns en påtaglig risk att huvudmannen eller andra personer i dess omgivning kommer att vidta några skadliga åtgärder (t ex ingå ofördelaktiga avtal, få skulder, utnyttjas eller vräkas) om förvaltarskapet skulle förändras? Eller bedömer du att huvudmannens situation har förändrats och att hjälpbehovet kan tillgodoses med en mindre ingripande åtgärd?

1. Förvaltarens bedömning. Anser du att förvaltarskapet ska

	Ja	Nej
Begränsas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utökas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvarstå i nuvarande form?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ersättas med godmanskap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upphöra helt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Motivera utförligt ditt svar ovan.

3. Redogör för huvudmannens ekonomiska beteende och aktuell situation i övrigt.

Beskriv hur läget ser ut idag och om det finns några förändringar i huvudmannens situation i jämförelse med förra året.

4. Övriga omständigheter som kan vara viktiga för överförmyndarens bedömning

Skriv gärna här om det är något du vill tillägga angående ditt ställningstagande.

Ort och datum

Förvaltarens underskrift

Aktuella kontaktuppgifter till läkare

Namn		
Arbetsplats		
Adress	Postnummer	Ort
Telefonnummer	E-postadress	