



ÅRSREDOGÖRELSE

Bilaga till års- eller sluträkning
Avser kalenderår eller period

.....

Huvudmannens namn	Personnr
-------------------	----------

EKONOMISK FÖRVALTNING

Pensionen handhas av		
<input type="checkbox"/> mig	<input type="checkbox"/> huvudmannen	<input type="checkbox"/>
Fickpengar		Avtal med boendet om ekonomin mm finns?
<input type="checkbox"/> lämnas vid besök	<input type="checkbox"/> överförs till konto	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

PERSONLIG OMVÅRDNAD = Sörja för person i förordnandet (vid behov använd baksidan!)

Huvudmannen har under året bott		
<input type="checkbox"/> i sitt hem	<input type="checkbox"/> hos annan.....	<input type="checkbox"/> i gruppboende/på institution
Besök hos huvudmannen		
<input type="checkbox"/> inga besök	<input type="checkbox"/> 1-2 besök	<input type="checkbox"/> 1-2 besök/månad <input type="checkbox"/> 1 besök/vecka
Vistelse med huvudmannen utanför boendet		
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja.....	
Antal telefonsamtal		
Med huvudmannen ca:.....	med anhöriga eller boendet ca:.....	med andra ca:.....

EV ÅTGÄRDER FÖR DIN HUVUDMAN UNDER ÅRET/PERIODEN

Har du sökt bostadsbidrag för din huvudman?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Har du sökt fondmedel för din huvudman?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Har du sökt försörjningsstöd för din huvudman?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Har du sökt hemtjänst till din huvudman?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Har du begärt omprövning av avgift för äldre- och handikappomsorg?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Omfattas din huvudman av LSS (lagen om stöd och service)?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Har du sökt handikappersättning för din huvudman?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Har din huvudman personlig assistent?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Har din huvudman kontaktperson?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Vg vänd!

Överförmyndarnämndens kansli

Gårdhemsvägen 9 • 461 83 Trollhättan • Telefon 0520-49 70 14 • Fax 0520-49 70 15

BEGÄRAN OM ARVODE

Arvode för ekonomisk förvaltning begäres? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Arvode för personlig omvårdnad begäres? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Kostnadsersättning begäres <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, schablonersättning <input type="checkbox"/> Ja, faktisk ersättning med kr (skall styrkas med kvitto, körjournal el liknande)	

Att uppgifterna är riktiga intygas på heder och samvete.

Underskrift (god man/förvaltare)

.....
Datum

.....
Namnteckning

ÖVERFÖRMYNDARENS ANTECKNINGAR (ifylles ej)

Granskad / Sign.....	
Arvodet betalas av: <input type="checkbox"/> Staden <input type="checkbox"/> Huvudmannen	I arvodet ingår: <input type="checkbox"/> Ekonomisk förvaltning <input type="checkbox"/> Personlig omvårdnad <input type="checkbox"/> Kostnadsers