



Orosanmälan

Till Sektor social välfärd

Anmälan enligt 14 kap 1 § SoL

Anmälan görs till socialtjänsten i det område eller den kommun där barnet bor. Observera att om det gäller barn som är familjehemsplacerat ska anmälan skickas till den kommunen som ansvarar för placeringen.

OBS! Fyll inte i dina kontaktuppgifter om du som privatperson vill vara anonym.

Anmälan avser

Efternamn	Förnamn
Personnummer	
Adress	
Telefon	
Skola/förskola	

Vårdnadshavare

Efternamn	Förnamn
Personnummer	
Adress	
Telefon	
Tolkbehov <input type="checkbox"/> Ja, språk <input type="checkbox"/> Nej	

Vårdnadshavare

Efternamn	Förnamn
Personnummer	
Adress	
Telefon	
Tolkbehov <input type="checkbox"/> Ja, språk <input type="checkbox"/> Nej	

Anmälare

Efternamn	Förnamn
Enhet/verksamhet	
Adress	
Telefon	E-post
Uppgiftslämnarens relation till barnet/den unge	

Uppgiftslämnare om annan än anmälare

Efternamn	Förnamn
Adress	
Telefon	E-post
Uppgiftslämnarens relation till barnet/den unge	

Uppgiftslämnare om annan än anmälare

Efternamn	Förnamn
Adress	
Telefon	E-post
Uppgiftslämnarens relation till barnet/den unge	

Anledning till denna anmälan

Var konkret och tydlig, detaljer, vem har sagt vad, omfattning, tidpunkt, tecken och konsekvenser ni ser som tyder på att barnet misstänks fara illa eller vara i behov av skydd eller stöd.

Frågor till uppgiftslämnaren

Vad är det som gör att ni anmäler just nu?

Hur länge har oron funnits?

Hur ser barnets boendesituation ut? Växlings boende? Var bor barnet när anmälan görs?

Tror ni att det är en akut fara för barnet/den unge?

Nej Ja, ange vilken:

Finns det andra barn i familjen?

Nej Vet ej

Ja, ange vilka och i vilken ålder:

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

Vilka åtgärder har ni själva vidtagit?

Önskas återkoppling om en utredning inleds? (Gäller inte privatpersoner)

Ja Nej

Känner vårdnadshavaren/vårdnadshavarna till att anmälan görs?

Ja Nej

Känner barnet/den unge till att anmälan görs?

Ja Nej

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

Jag kan medverka vid möte med vårdnadshavare och socialsekreterare

Ja Nej

Övrigt:

Underskrift av anmälaren/anmälarna

Datum:

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Skicka anmälan till:

Lidköpings kommun

Sektor social välfärd

Fiskaregatan 4 C

531 88 Lidköping

Fax: 0510 – 77 04 80