



Årlig prövning av förvaltarskap

Förvaltare

Namn	Personnummer (fullständigt med 12 siffror)
------	--

Huvudman

Namn	Personnummer (fullständigt med 12 siffror)
------	--

- 1.** Lider huvudmannen fortfarande av sjukdom eller psykisk störning på samma eller liknande sätt som när förvalterskapet anordnades? Om nej, motivera. ☐ Ja ☐ Nej

Motivering:

- 2.** Riskerar huvudmannen att få skulder eller vråkas på grund av sitt sjukdomstillstånd / missbruk? Om nej, motivera. ☐ Ja ☐ Nej

Motivering:

- 3.** Riskerar huvudmannen att ingå ofördelaktiga avtal på grund av sitt sjukdomstillstånd / missbruk? Om nej, motivera. ☐ Ja ☐ Nej

Motivering:

- 4.** Riskerar huvudmannen att bli lurad på sina pengar / egendom eller ge bort pengar/egendom på grund av sitt sjukdomstillstånd / missbruk? Om nej, motivera. ☐ Ja ☐ Nej

Motivering:

- 5.** Kan huvudmannen komma att bryta bestämda uppgörelser och samarbeten med en god man? Om nej, motivera. ☐ Ja ☐ Nej

Motivering:

- 6.** Anser du att uppdraget bör förändras på något sätt utifrån hur huvudmannens situation ser ut idag? Om ja, motivera. ☐ Ja ☐ Nej

Motivering:

- 7.** Kan förvalterskapet upphöra helt och huvudmannen klara sig på egen hand? Om ja, motivera. ☐ Ja ☐ Nej

Motivering:

8. Kan förvaltarens upphöra i någon del?
Om ja, motivera.

Motivering:

☐

Ja

☐

Nej

9. Behöver förvaltarens utökas i någon del?
Om ja, motivera.

Motivering:

☐

Ja

☐

Nej

10. Kan förvaltarens ersättas med godmanskap helt eller delvis?
Om ja, motivera.

Motivering:

☐

Ja

☐

Nej

Ytterligare upplysningar som kan vara av betydelse vid överförmyndarens prövning

Förvaltarens underskrift

	Namnförtydligande
	Ort och datum

GDPR

När du skickar in denna blankett kommer dina personuppgifter att behandlas av överförmyndaren i Kalix kommun som är personuppgiftsansvarig. För mer information om hur dina personuppgifter behandlas hänvisas till www.kalix.se/kommun/Beslut-insyn-och-rattssakerhet/personuppgifter/