

## Anmälan vid misstanke om att ett barn/ungdom far illa 14 kap § 1 socialtjänstlagen

**Anonym** (gäller inte personal som omfattas av anmälningsplikt)

När det gäller myndighetspersoner, kom ihåg att **inte** ange ditt privata telefon-/mobilnummer eller din privata E-postadress.

**Anmälare** Fyll **inte** i om du vill anmäla som anonym.

Namn: \_\_\_\_\_

Befattning: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Myndighet/skola: \_\_\_\_\_

Tfn/Mobilnr: \_\_\_\_\_

E-postadress: \_\_\_\_\_

Relation till barnet: \_\_\_\_\_

Medanmälare: \_\_\_\_\_ Tfn/Mobilnr: \_\_\_\_\_

### Anmälan gäller

Namn: \_\_\_\_\_ Persnr: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Tfn/Mobilnr: \_\_\_\_\_

### Vårdnadshavare (kryssa i om båda föräldrarna är vårdnadshavare)

**Moder** Namn: \_\_\_\_\_ Persnr: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Tfn: \_\_\_\_\_

**Fader** Namn: \_\_\_\_\_ Persnr: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Tfn: \_\_\_\_\_

**Annan** Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Tfn: \_\_\_\_\_

### Syskon (namn och ålder)

---

---

**Orsak till anmälan**

*Beskriv vad det är som gör att Du anmäler just nu (händelser, symtom, skador m.m.)*

*Hur länge har du varit orolig? Beskriv vad som har hänt under denna tid, datum för händelser*

*Beskriv eventuella tidigare åtgärder/insatser som du eller någon annan vidtagit. När?*

**Barnets förmåga och livssituation**

*Beskriv barnets/ungdomens förmåga, utveckling, mognad och förmåga att söka hjälp, styrkor och resurser hos barnet, utsatthet för fortsatt fara*

**Beskriv det du känner till om barnets familj**

**Beskriv barnets nätverk, viktiga stödpersoner i förskola, skola och på fritids****Inför kommande kontakter med berörda**

*Är det något särskilt att beakta när vi kontaktar barnet/ungdomen eller vårdnadshavaren?*

*Finns behov av tolk? I så fall, vilket språk?*

**Känner vårdnadshavaren eller barnet/ungdomen till att anmälan görs?**

- Moder (om vårdnadshavare)  Fader (om vårdnadshavare)  
 Annan vårdtagare  Barnet/ungdomen

**Skulle du/ni kunna tänka er att medverka vid en träff för att diskutera anmälan med de berörda?**

- Ja  Nej

**Som myndighetsperson har man möjlighet att begära återkoppling. Skulle du/ni vilja ha återkoppling om socialnämnden har inlett utredning, inte inlett utredning eller om en utredning pågår?**

- Ja  Nej

**Namnunderskrift**

Ansvarig anmälare

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Namnunderskrift

Anmälan mottagen av

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Namnunderskrift

Blanketten skickas till:

Skellefteå kommun  
Socialkontoret  
IFO  
931 85 Skellefteå