

ANSÖKAN OM UPPHÖRANDE AV STÄLLFÖRETRÄDARSKAP

Den som har ställföreträdare har rätt att be om att ställföreträdarskapet ska upphöra. Det har även make/maka och sambo eller nära anhörig till den som har ställföreträdare.

Den som är ställföreträdare har rätt att be om uppdraget ska upphöra eller ansöka om ändring förordnandet.

Den som gör ansökan

Namn*	Personnummer*
-------	---------------

HUVUDMAN/OMYNDIG

Namn*	Personnummer*
-------	---------------

STÄLLFÖRETRÄDARE

Namn*	Personnummer
-------	--------------

Ansökan gäller upphörande av uppdrag:

- ☐ Upphörande av godmanskap. Om endast vissa delar ska upphöra, kryssa för vilka:
 - ☐ Bevaka rätt
 - ☐ Förvalta egendom
 - ☐ Sörja för person
- ☐ Upphörande av förvaltarskap. Om endast vissa delar ska upphöra, kryssa för vilka:
 - ☐ Bevaka rätt
 - ☐ Förvalta egendom
 - ☐ Sörja för person
- ☐ Avslutande av uppdrag som tillfällig god man
- ☐ Avslutande av uppdrag som god man för ensamkommande barn

* Obligatoriska uppgifter

De uppgifter du lämnar i ansökan kommer att registreras i kommunens register, Wärna Go. Uppgifterna behandlas i enlighet med relevant lagstiftning.

Blanketten skickas till: Överförmyndarenheten, Hörs kommun, Box 53, 243 21 HÖÖR

Ansökan gäller ändring av uppdrag:

- ☐ Godmanskap ändras till förvaltarskap för delarna:
 - ☐ Bevaka rätt
 - ☐ Förvalta egendom
 - ☐ Sörja för person
 - ☐ Annat:
- ☐ Förvaltarskap ändras till godmanskap för:
 - ☐ Bevaka rätt
 - ☐ Förvalta egendom
 - ☐ Sörja för person

Anledning till ansökan om upphörande eller ändring*

*** Obligatoriska uppgifter**

De uppgifter du lämnar i ansökan kommer att registreras i kommunens register, Wärna Go. Uppgifterna behandlas i enlighet med relevant lagstiftning.

Blanketten skickas till: Överförmyndarenheten, Höörs kommun, Box 53, 243 21 HÖÖR