

**ARVODESBEGÄRAN FÖR TILLFÄLLIG GOD MAN FB 11:3**

Denna blankett använder du som önskar arvode för arbete du utförs som god man enligt FB 11:3. Du kan bara få arvode för ett uppdrag där du är förordnad som ställföreträdare. Beslut om arvode fattas i samband med att uppdraget avslutas.

IFYLLD REDOVISNING LÄMNAS TILL  
**Överförmyndarverksamheten**  
**Höors kommun**  
**Box 53**  
**243 21 HÖÖR**

**Redogörelsen avser period:** \_\_\_\_\_

**Huvudman/Dödsbo**

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

**God man**

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

**Här med ansöker jag som god man om arvode för arbete utfört i uppdraget.**

**Jag önskar arvode för:**

- Bevaka rätt för en till namnet känd arvinge som vistas på okänd eller avlägsen ort och därför inte kan bevaka sin rätt i boet och förvalta sin lott i det,
- Att bevaka rätt för en okänd arvinge på okänd ort okänd och tillse att hans eller hennes lott i boet förvaltas.
- Att bevaka rätt för en testamentstagare vistas på okänd eller avlägsen ort eller är okänd och hans eller hennes rätt därför behöver iaktas enligt vad som föreskrivs om arvinge.
- Bevaka rätt eller förvalta bortavarandes egendom om det i övrigt krävs.
- Bevaka rätt eller förvalta egendom för blivande ägares räkning då det enligt förordnande i testamente eller annan rättshandling beror av en framtida händelse, vem egendom skall tillfalla eller egendom först senare skall tillträdas med äganderätt.
- Förvalta egendom som enligt vad som särskilt föreskrivs, ska ställas under vård och förvaltning av god man som avses i detta kapitel.

**Utfört arbete**

Beskriv vilket arbete som du utfört och hur lång tid detta tagit.

**\* Obligatoriska uppgifter**

**Postadress:** Överförmyndarverksamheten, Box 53, 243 21 Höör  
**Telefon växel:** 0413-280 00  
**Överförmyndarhandläggare:** 0413-281 30

**Besöksadress:** Södergatan 28, Höör  
**Mailadress:** [overformyndaren@hoor.se](mailto:overformyndaren@hoor.se)  
**Hemsida:** [www.hoor.se](http://www.hoor.se)

Överförmyndarverksamheten

 Jag önskar arvode för:

\_\_\_\_\_ timmar enligt redogörelse (redogörelse över arbetade timmar med datum ska bifogas)

 Jag önskar kostandeersättning och körsättning för:

\_\_\_\_\_ kr i ersättning för utlägg (utlägg ska styrkas med underlag från första kronan)

\_\_\_\_\_ km enligt körjournal (körjournal med datum och syfte med resan ska bifogas)

## Underskrift

### Underskrift god man 11 kap 3 §

**Härmed intygas på heder och samvete att de uppgifter som lämnats i denna redogörelse är riktiga**

Ort och datum

Namnteckning ställföreträdare

Namnförtydligande ställföreträdare

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

#### \* Obligatoriska uppgifter

**Postadress:** Överförmyndarverksamheten, Box 53, 243 21 Höör  
**Telefon växel:** 0413-280 00  
**Överförmyndarhandläggare:** 0413-281 30

**Besöksadress:** Södergatan 28, Höör  
**Mailadress:** [overformyndaren@hoor.se](mailto:overformyndaren@hoor.se)  
**Hemsida:** [www.hoor.se](http://www.hoor.se)

Överförmyndarverksamheten

### Körjournal

Överförmyndarverksamheten kan endast besluta om ersättning för resor som krävs för att fullgöra uppdraget som god man, därför måste ett tydligt syfte med varje resa anges. Överförmyndarverksamheten kan endast besluta om ersättning för resor som är styrkta med körjournal, därför är det viktigt att körjournalen fylls i korrekt.

Datum	Händelse/syfte med resa	Tid i timmar	Antal km

Summa tid: \_\_\_\_\_

Summa km: \_\_\_\_\_

**\* Obligatoriska uppgifter**

**Postadress:** Överförmyndarverksamheten, Box 53, 243 21 Höör  
**Telefon växel:** 0413-280 00  
**Överförmyndarhandläggare:** 0413-281 30

**Besöksadress:** Södergatan 28, Höör  
**Mailadress:** [overformyndaren@hoor.se](mailto:overformyndaren@hoor.se)  
**Hemsida:** [www.hoor.se](http://www.hoor.se)