

REDOGÖRELSE

Ansökan om arvode och ersättning

God man för ensamkommande barn**Särskilt förordnad vårdnadshavare****ÖVERFÖRMYNDAREN**Inlämnad av: God man Särskild förordnad förmyndare Period: _____**Personuppgifter omyndig**

Namn	Personnummer
Adress	
Postadress	Migrationsverkets beteckning
Anvisningskommun	Uppehållstillstånd <input type="checkbox"/> PUT <input type="checkbox"/> TUT <input type="checkbox"/> Asylsökande

Personuppgifter ställföreträdare

Namn	Personnummer
Adress	
Postadress	Telefonnummer
E-post	

Redovisning**Barnet har under perioden bott:** HVB Familjehem Stödboende Annat:**Barnets inkomster har under perioden hanterats enligt nedan:** Jag har förvaltat barnets egendom och använt denna enbart till barnets nytta Boendet har hanterat barnets inkomster och redovisat detta till mig Barnet har själv disponerat sina pengar i samråd med mig**Besök och kontakter:**

Antalet besök hos barnet i boendet:

Antalet besök med barnet utanför boendet:

Antalet andra möten och besök i uppdraget:

Övriga upplysningar om uppdraget:

REDOGÖRELSE

Ansökan om arvode och ersättning

**God man för ensamkommande barn
Särskilt förordnad vårdnadshavare****ÖVERFÖRMYNDAREN****Begäran om arvode****Arvode för god man för ensamkommande barn utan uppehållstillstånd:**

<input type="checkbox"/> Arvode: 200 kr/ påbörjad timme	Antal timmar:	Summa:
<input type="checkbox"/> Restid: 35 kr/ påbörjad timme	Antal timmar:	Summa:
<input type="checkbox"/> Kostnadsersättning mot verifikationer		Summa:
<input type="checkbox"/> Milersättning 1,85 kr/km enligt körjournal	Antal km:	Summa:

Arvode för god man för ensamkommande barn med uppehållstillstånd:

<input type="checkbox"/> Arvode enligt schablon 1900 kr/månad		
<input type="checkbox"/> Kostnadsersättning mot verifikationer		Summa:
<input type="checkbox"/> Milersättning 1,85 kr/km enligt körjournal	Antal km:	Summa:

Arvode för särskilt förordnad vårdnadshavare:

<input type="checkbox"/> Arvode enligt schablon 1900 kr/månad		
<input type="checkbox"/> Kostnadsersättning mot verifikationer		Summa:
<input type="checkbox"/> Milersättning 1,85 kr/km enligt körjournal	Antal km:	Summa:

Härmed intygas på heder och samvete att de uppgifter som lämnats i redovisningen är riktiga:

Datum	Namnteckning ställföreträdare
-------	-------------------------------

Överförmyndarens anteckningar

Redogörelsen granskad: <input type="checkbox"/> utan anmärkning <input type="checkbox"/> med anmärkning:
Beslutad ersättning: <input type="checkbox"/> Arvode enligt schablon: _____ kr <input type="checkbox"/> Arvode enligt timersättning: _____ kr <input type="checkbox"/> Kostnadsersättning: _____ kr <input type="checkbox"/> Milersättning enligt körjournal: _____ km
Datum och underskrift

REDOGÖRELSE

Ansökan om arvode och ersättning

God man för ensamkommande barn**Särskilt förordnad vårdnadshavare****ÖVERFÖRMYNDAREN****Körjournal**

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

Datum	Syfte med resan	Antal km

Summa: _____ km