



**ANMÄLAN TILL SOCIALTJÄNSTEN  
OM BARN/UNGDOM SOM FAR ILLA**

Socialtjänstlagen 14 kap 1 §

**Uppgifter om anmälaren**

|  |      |
|--|------|
| Datum                                    | Namn |
| Telefonnummer                            |      |
| Anmälares relation till barnet/ungdomen: |      |

**Anmälan avser**

|                        |                    |
|------------------------|--------------------|
| Barnets/ungdomens namn | Personnummer       |
| Utdelningsadress       | Postnummer och ort |
| Telefonnummer          |                    |

|                  |        |               |
|------------------|--------|---------------|
| Vårdnadshavare 1 | Adress | Telefonnummer |
| Vårdnadshavare 2 | Adress | Telefonnummer |

**Aktuell situation/händelse**

|                                   |          |       |
|-----------------------------------|----------|-------|
| Datum                             | Tidpunkt | Plats |
| Beskrivning av situation/händelse |          |       |

Har något liknande inträffat tidigare?  Nej  Ja  Vet ej

Hur och när har du/ni fått kännedom om händelsen?

Behövs tolk i mötet med barnet/ungdomen/vårdnadshavaren/vårdnadshavarna?

Nej  Ja, språk:

Finns det fler barn/ungdomar i familjen som kan fara illa?

Nej  Ja, ange namn och ålder:

Vilka har underrättats om att anmälan görs/ska göras?

Barnet/ungdomen  Vårdnadshavare 1  Vårdnadshavare 2  Ingen

Kommentar:

Hur akut anser du/ni att situationen är?

Inte akut  Ganska akut  Mycket akut



**ANMÄLAN TILL SOCIALTJÄNSTEN  
OM BARN/UNGDOM SOM FAR ILLA**

Socialtjänstlagen 14 kap 1 §

Hur orolig är du/ni att barnet/ungdomen far illa?

Inte orolig     Ganska orolig     Mycket orolig

Kan du/ni medverka i en eventuell träff för att diskutera anmälan med de berörda?     Ja     Nej

Har barnet/ungdomen varit i kontakt med andra myndigheter/vårdgivare/verksamheter?

Nej     Vet ej     Ja, ange vilken:

Annan relevant information vid kontakt med barnet/ungdomen eller vårdnadshavare/vårdnadshavarna?

Önskar återkoppling     Ja     Nej

**Ytterligare information från annan myndighet/vårdgivare**

Vad har anmälaren själv erbjudit/vidtagit för åtgärder tidigare?

Vilka åtgärder kommer anmälaren att vidta/erbjuda fortsättningsvis?

**Underskrift anmälare**

**Anmälan skickas till:**

Individ och familjeomsorgen  
Familjeenheten  
Granvägen 8  
813 81 Hofors