

**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

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