



Ansökan om arvode och kostnadsersättning god man för ensamkommande barn

Ifylld blankett skickas till:

Överförmyndaren
Haparanda kommun
953 85 Haparanda

...../..... -/..... - 20.....
(Arvode för perioden fr.o.m. - t.o.m.)

Personuppgifter

God man, namn		Personnr
Adress		Telefonnr
Postnr	Postadress	
Barnet, namn		Personnr
Adress (i förekommande fall - folkbokföringsadress)		Telefonnr
Postnr	Postadress	
Vistelseadress (om annan än ovan)		

Uppdrag

Nedlagt arbete	Datum	Arbetad tid	Färdtid enl bil 2	Kostn.ers. enl bil 1	Bilersättn enl bil. 2
Besök hos barnet för kontakt och information					
Polisförhör/muntlig utredning/övriga besök hos MV, kontakt med advokat					
Medverkan i social utredning, boendeutredning					
Medverkan i skola, hälso- och tandvård m.m.					
Återföreningsfrågor, kontakter med anhöriga, övriga åtgärder					
Ansökningar om PUT, bistånd/bidrag, pass, ekonomisk förvaltning, överklagande m.m.					
Summa					

Att uppgifterna i denna ansökan är riktiga intygas på heder och samvete

.....
Ort och datum

.....
Gode mannens underskrift