



ROBERTSFORS
KOMMUN

Socialkontoret

Anmälan vid misstanke om att ett barn/ungdom far illa 19 kap § 1 socialtjänstlagen

Skickas till:
Socialkontoret
Robertsfors kommun
Fabriksvägen 3
915 32 Robertsfors

Anmälningsdatum: _____

Anonym (gäller inte personal som omfattas av anmälningsplikt)

Anmälare

Namn: _____

Adress: _____

Tfn/Mobilnr: _____

E-postadress: _____

Relation till barnet: _____

Medanmälare: _____ Tfn/Mobilnr: _____

Anmälan gäller

Namn: _____ Persnr: _____

Adress: _____

Tfn/Mobilnr: _____

Vårdnadshavare (kryssa i om båda föräldrarna är vårdnadshavare)

Moder Namn: _____ Persnr: _____

Adress: _____ Tfn/Mobilnr: _____

Fader Namn: _____ Persnr: _____

Adress: _____ Tfn/Mobilnr: _____

Annan Namn: _____ Persnr: _____

Adress: _____ Tfn/Mobilnr: _____

Syskon (namn och ålder)

Orsak till anmälan

Beskriv vad det är som gör att du anmäler just nu (händelser, symptom, skador m.m.)

Hur länge har du varit orolig?

Beskriv vad som har hänt under denna tid, datum för händelser.

Beskriv eventuella tidigare åtgärder/insatser som du eller någon annan vidtagit. När?

Barnets förmåga och livssituation

Beskriv barnets/ungdomens förmåga, utveckling, mognad och förmåga att söka hjälp, styrkor och resurser hos barnet, utsatthet för fortsatt fara.

Beskriv det du känner till om barnets familj

Beskriv barnets nätverk, viktiga stödpersoner i förskola, skola och på fritids

Inför kommande kontakter med berörda

Är det något särskilt att beakta när vi kontaktar barnet/ungdomen eller vårdnadshavaren?

Känner vårdnadshavaren eller barnet/ungdomen till att anmälan görs?

Moder (om vårdnadshavare)

Fader (om vårdnadshavare)

Annan vårdtagare

Barnet/ungdomen

Skulle du/ni kunna tänka er medverka vid en träff för att diskutera anmälan med de berörda?

Ja

Nej

Som myndighetsperson har man möjlighet att begära återkoppling. Skulle du/ni vilja ha återkoppling om socialutskottet har inlett utredning, inte inlett utredning eller om en utredning pågår.

Ja

Nej