

ANSÖKAN OM UPPHÖRANDE AV GODMANSKAP/ FÖRVALTARSKAP

ENLIGT 11 KAP 4 OCH 7 §§ FÖRÄLDRABALKEN



Uppgifter om huvudmannen

Namn	Personnummer
Adress	Postadress
E-post	Telefonnummer

Uppgifter om den som ansöker (behöriga att ansöka är huvudmannens gode man/förvaltare samt nära anhöriga)

Namn	Personnummer		
Adress	Postnr	Ort	
Telefon	Epost	Relation till den som ansökan rör	

☐ **Jag ansöker** härmed om att godmanskapet/förvaltarskapet för ovanstående huvudman ska upphöra helt.

☐ **Jag** ansöker härmed om att godmanskapet/förvaltarskapet ska upphöra gällande del/delarna:

☐ **Bevaka rätt** (kontakter och ansökningar till myndigheter och andra parter)

☐ **Förvalta egendom** (sköta den löpande ekonomin, betala räkningar, förvalta kapital m.m.)

☐ **Sörja för person** (samordna vårdkontakter och se till att god omvårdnad finns)

Grund för ansökan (ange varför godmanskapet/förvaltarskapet kan upphöra och hur hjälpbehovet istället kan tillgodoses)

--

Underskrift

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

Om ansökan rör upphörande av förvaltarskap så behöver läkarintyg som intygar att huvudmannen är i stånd att vårda sig och/eller sin egendom bifogas ansökan

Besök

Alceahuset, Hackstavägen 22
Åkersberga

Postadress

Österåkers kommun
184 86 Åkersberga

Telefon

08-540 810 00

Internet

overformyndaren@osteraker.se
www.osteraker.se