



# Anmälan vid misstanke om att barn far illa

(enligt 14 kap 1 § Socialtjänstlagen)

Datum när anmälan skrivs: \_\_\_\_\_

## Barnet/den unge som anmälan avser:

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnummer: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Är barnet/den unge informerad om att anmälan görs?                      Ja                      Nej

## Vårdnadshavare/förälder 1:

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnummer: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Vårdnadshavare?                      Ja                      Nej

Är föräldern informerad om att anmälan görs?                      Ja                      Nej

## Vårdnadshavare/förälder 2:

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnummer: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Vårdnadshavare?                      Ja                      Nej

Är föräldern informerad om att anmälan görs?                      Ja                      Nej

**Anledning till anmälan:**

Beskriv så utförligt som möjligt anledningen till anmälan (Vad avser oron, tidpunkter, på vilket sätt far barnet/den unge illa, vem har hört och sett vad, vad har barnet själv sagt?)

**Frågor till anmälaren:**

Hur länge har oron funnits? \_\_\_\_\_

Har ni/du tidigare skickat in en anmälan avseende detta barn?      Ja      Nej      Vet ej

Är barnet i akut fara enligt er/din bedömning?      Ja      Nej

Om ja, på vilket sätt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ska något särskilt beaktas i kontakt med barnet/den unge eller vårdnadshavarna?  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Var befinner sig barnet nu? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Finns det fler barn i familjen?      Ja      Nej      Vet ej

Om ja, hur många och i vilken ålder? \_\_\_\_\_

**Anmälare:**

Namn: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Arbetsplats: \_\_\_\_\_

Yrkestitel: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Arbetsplats: \_\_\_\_\_

Yrkestitel: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Återkoppling önskas om utredning inleds eller ej      Ja      Nej

**Ifylld blankett skickas till:**

**Karlshamns kommun  
Förvaltningen för arbete och välfärd  
Mottagnings- och serviceenheten  
374 81 KARLSHAMN**

I det fall uppgifterna anses vara akuta kontakta mottagnings- och serviceenheten via telefon 0454-814 65, måndag-fredag 9.30-11.30 och 13.00-14.30, innan skriftlig anmälan lämnas.

Förvaltningen för arbete och välfärd behöver spara och behandla personuppgifter om dig/er för att kunna handlägga ansökan. Behandlingen av personuppgifter sker enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Du har rätt att begära utdrag och rättelse. Läs mer om hur kommunen behandlar personuppgifter på [www.karlshamn.se](http://www.karlshamn.se).