|  |  |
| --- | --- |
| Koncernlogotyp_svart_word | Formulär |
|  | Dokument ID: 09-98372 |  |  |  |
|  |  |  |
| Upprättare | Rebecca Padar |  |
|  |  |

# Orosanmälan till socialtjänst vid misstanke om att barn far illa - Blankett. Hälso- och sjukvård, Region Gävleborg

## Orosanmälan (Enligt 14 kap 1§ Socialtjänstlagen)

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum** | **Mottagande socialtjänst** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
| Barnet/ungdomen orosanmälan avser |
| **Förnamn**  | **Efternamn** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
| **Personnummer** | **Adress** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
| **Postnummer** | **Ort** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
| **Telefonnummer** | **Mobilnummer** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
|  |
| **Är barnet/ungdomen informerad om att orosanmälan skrivs?** |
|  Ja [ ]  | Nej [ ]  |
| **Om så är fallet – Hur emottogs informationen?** |
| Klicka här för att ange text. |
| **Finns behov av stöd för samtal, såsom bildstöd eller tolkstöd?** |
|  Ja [ ]  | Nej [ ]  |
| **Vilket stöd och/eller språk?** |
| Klicka här för att ange text. |
| Vårdnadshavare/Förälder 1 |
| **Förnamn**  | **Efternamn** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
| **Personnummer** | **Adress** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
| **Postnummer** | **Ort** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
| **Telefonnummer** | **Mobilnummer** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |

|  |
| --- |
| Vårdnadshavare/Förälder 2 |
| **Förnamn**  | **Efternamn** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
| **Personnummer** | **Adress** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
| **Postnummer** | **Ort** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
| **Telefonnummer** | **Mobilnummer** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
|  |
| **Är vårdnadshavare/förälder informerad om att orosanmälan skrivs?**  |
| Ja [ ]  | Nej [ ]  |
| **Om så är fallet – Hur emottogs informationen?** |
| Klicka här för att ange text. |
| **Finns behov av stöd för samtal, så som bildstöd eller tolkstöd?** |
| Ja [ ]  | Nej [ ]  |
| **Vilket stöd och/eller språk?** |
| Klicka här för att ange text. |
| Anmälare |
| **Förnamn**  | **Efternamn** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
| **Arbetsplats** | **Befattning** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
| **Telefonnummer till arbetsplats** | **Mobilnummer, tjänstetelefon** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
| **Namn, närmaste chef** | **Mobilnummer** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
| **Orosanmälan upprättad i samråd med, namn:**  | **Befattning** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
| **Arbetsplats** | **Telefonnummer, tjänstetelefon** |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
| **Jag är anställd inom:**  | **Jag är anställd inom:** |
| [ ]  Region Gävleborg **Postadress:**Region GävleborgDiarium801 88 Gävle[ ]  Skriftlig bekräftelse på att denna anmälan är mottagen, önskas. [ ]  Skriftlig bekräftelse på om denna anmälan lett till utredning, önskas. | [ ]  Privat vårdgivare, som har avtal med Region Gävleborg**Postadress:**  |
|  |
| Beskrivning |
| **Jag har även gjort en orosanmälan via telefon:**  |
| Ja [ ]  | Nej [ ]  |
| **Om ja: Tid för muntlig anmälan. Datum, klockslag:** |
| Klicka här för att ange text. |
| **Vart befinner sig barnet nu?** |
| Klicka här för att ange text. |
| **Finns fler barn under 18 år i familjen?** |
| Ja [ ]  | Nej [ ]  |
| **Tidigare kontakt med socialtjänst?** |
| Ja [ ]  | Nej [ ]  |
| **Om ja: Kommun?** | **Datum:**  |
| Klicka här för att ange text. | Klicka här för att ange text. |
| Beskriv så utförligt som möjligt anledningen till orosanmälan |
| ***Tänk på att skriva sakligt eftersom din orosanmälan kan komma att användas i utredningar m.m. hos andra myndigheter och även läsas av enskilda.*** |
| **Beskriv:*** **sammanhanget och datera de iakttagelser du gjort - eller den information du fått - som skapat misstanke/oro,**
* **om det rör sig om en eller flera händelser,**
* **vad barnet/ungdomen sagt/uttryckt, visat för beteende eller känslor.**
 |
| **Skriv här:**  |
| Klicka här för att ange text. |

|  |
| --- |
| **Anmälarens namnteckning:**  |
|  |
| **Namnförtydligande:** |
| Klicka här för att ange text. |