

OROSANMÄLAN TILL SOCIALTJÄNSTEN

Kännedom om eller misstanke om att ett barn far illa –
anmälan enligt 14 kap 1 § socialtjänstlagen eller enligt
SOSFS 2014:4

Insändes till socialtjänsten i barnets kommun

Anmälare

Namn		Titel
Arbetsplats	Adress	
Telefon	E-post	

Vilket/vilka barn eller ungdom/ungdomar gäller det (ange alla barn som anmälan gäller)

Barn 1, namn och personnummer	Barn 2, namn och personnummer
Barn 3, namn och personnummer	Barn 4, namn och personnummer
Barn 5, namn och personnummer	Barn 6, namn och personnummer
Barnets/barnens adress (om olika adresser ange detta under "övriga upplysningar")	
Vårdnadshavare 1, namn och personnummer	Vårdnadshavare 2, namn och personnummer
Vårdnadshavare 1, adress	Vårdnadshavare 2, adress
Vårdnadshavare 1, telefon	Vårdnadshavare 2, telefon

Anledning till anmälan/uppgifter som kan vara av betydelse för anmälan

(använd de punkter du anser lämpliga för anmälan)

- Vad är det som är anledning till anmälan?
- Vad har du själv sett och hört? Tecken på missförhållanden?
- Vad har du fått berättat för dig? Av vem? När?
- Beskriv de iakttagelser och den oro som finns runt barnet (t ex vilka av barnets behov som misstänks försummas, misstanke om fysiskt/psykiskt våld, övergrepp, kränkningar, hur länge du har varit orolig)

Plats för din berättelse

Akut fara (vid akut fara bör telefonkontakt tas direkt, innan eller samtidigt som skriftlig anmälan görs)

Jag bedömer att det föreligger akut fara för barnets/ungdomens säkerhet

 Ja. Ange skäl för bedömningen: Nej**Information**

Jag har informerat vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Jag har informerat barnet/ungdomen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Tolk behövs	<input type="checkbox"/> Ja, ange språk	<input type="checkbox"/> Nej
Återkoppling på anmälan (om utredning har inletts, inte inletts eller redan pågår) önskas av socialtjänsten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Övriga upplysningar**Underskrift**

Ort och datum, namnteckning och titel