|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 Gävleborg  Diarium  801 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. |