

**ANMÄLAN TILL SOCIALTJÄNSTEN  
OM ORO FÖR BARN/UNGDOM SOM  
FAR ILLA**

Socialtjänsten  
Mottagningen barn och unga  
Rumlaborgsgatan 1  
561 32 Huskvarna

*Ur socialtjänstlagen 14 kap. 1§: Myndigheter, vars verksamhet berör barn och ungdom, samt andra myndigheter inom hälso- och sjukvården, annan rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, socialtjänsten och kriminalvården är skyldiga att genast till socialnämnden anmäla om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd. Detta gäller även dem som är anställda hos sådan myndighet. Sådan anmälningskyldighet gäller också dem som är verksamma inom yrkesmässigt bedrivna enskild verksamhet inom hälso- och sjukvården eller på socialtjänstens område.*

- Jag lämnar uppgifter utifrån min anmälningsplikt/i tjänsten  
 Jag lämnar uppgifter som privatperson

**Anmälare (FYLLS EJ I OM DU ÄR ANONYM)**

Efternamn	Förnamn
Adress	
Telefon	E-post
Anmälarens relation till barnet/den unga	Förskola/skola

- Jag lämnar uppgifter som privatperson och vill vara anonym

**Orosanmälan avser barnet/ungdomen**

Efternamn	Namn
Personnummer	
Adress	
Telefon	

Känner barnet/ungdomen till att orosanmälan görs?

Ja

Nej

**Förälder 1**

Vårdnadshavare	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Efternamn	Förnamn		
Personnummer			
Adress			
Telefon			

Känner föräldern/vårdnadshavaren till att orosanmälan görs?

Ja Nej 

Tolkbehov?

Ja  Språk: .....Nej **Förälder 2**

Vårdnadshavare	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Efternamn	Förnamn		
Personnummer			
Adress			
Telefon			

Känner föräldern/vårdnadshavaren till att orosanmälan görs?

Ja Nej 

Tolkbehov?

Ja  Språk: .....Nej

**Vad är det som gör att ni är oroliga för barnet/den unga?**

Beskriv så utförligt som möjligt. Vad har hänt? Hur har oron kommit till din kännedom?  
Finns oro för eventuella syskon?

Vad är det som gör att ni anmäler just nu?

Hur länge har oron funnits?

**Eventuell kännedom om vad som fungerar bra kring/för barnet/den unge**

**Övrigt:**

**Underskrift**

Datum:

.....

Namn

.....

Namnförtydligande