**Orosanmälan till socialtjänsten vid misstanke eller kännedom om att ett barn far illa**

**enligt 14 kap. 1 § Socialtjänstlag (2001:453)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Socialtjänst i kommun/stadsdel där barnet är folkbokfört** | **Datum** |

**Barnet som orosanmälan avser**

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn** | **Personnummer** |
| **Gatuadress** | **Postadress**  |
| **Telefon** | **Mobil** |
| **E-post** |

**Vårdnadshavare 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn** | **Telefon** |
| **Gatuadress** | **Postadress**  |
| **E-post** |

**Vårdnadshavare 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn** | **Telefon** |
| **Gatuadress** | **Postadress**  |
| **E-post** |

**Uppgiftslämnare**

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn** | **Telefon** |
| **Gatuadress** | **Postadress**  |
| **E-post** | **Vårdgivare** |

**Beskriv anledning till anmälan:**

Händelser ska beskrivas så konkret och tydligt som möjligt, när och i vilket sammanhang iakttagelserna gjordes, misstanke om fysiskt och/eller psykiskt våld, övergrepp, kränkningar eller andra tecken.

Det kan också uppdagas att vårdnadshavaren har ett missbruk eller diagnos som medför en oro för barnet trots att du inte träffat barnet.

Är du osäker på hur eller vad du ska anmäla kan du alltid konsultera en handläggare vid socialtjänsten.

**Anledning till anmälan**

|  |
| --- |
| Beskriv så utförligt som möjligt: |

**Känner vårdnadshavaren och/eller barnet till att anmälan görs?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vårdnadshavare 1** [ ]  **Ja** [ ]  **Nej** [ ]  **Vet ej** | **Vårdnadshavare 2**[ ]  **Ja** [ ]  **Nej** [ ]  **Vet ej** |
| **Barnet**[ ]  **Ja** [ ]  **Nej** [ ]  **Vet ej** |  |

**Finns det fler barn i familjen?** [ ]  Ja [ ]  Nej [ ]  Vet ej

**Har haft kontakt med socialförvaltningen**: [ ]  Ja [ ]  Nej

**Anmälare vill ha återkoppling på anmälan**: [ ]  Ja [ ]  Nej

**Anmälare vill delta, om möjligt, i ett första möte med barn, vårdnadshavare och socialtjänst:** [ ]  Ja [ ]  Nej

**Behövs tolk**: [ ]  Ja [ ]  Nej

**Föreligger det akut fara?** [ ]  Ja [ ]  Nej

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum/Underskrift anmälare Namnförtydligande