

**Orosanmälan till socialtjänsten vid misstanke eller
kännedom om att ett barn far illa**
enligt 14 kap. 1 § Socialtjänstlag (2001:453)



Torsås
kommun

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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	Vårdnadshavare 2	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
Barnet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> 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