



KARLSTADS KOMMUN

Årlig **granskning av förvaltarskap**

En förvaltare kan vara förordnad för att såväl bevaka huvudmannens rätt som att sköta dennes ekonomi och sörja för dennes person. Det kan även vara begränsat till enbart någon av dessa uppgifter.

Till grund för anordnandet av förvaltarskapet har det funnits ett läkarintyg som styrkt att huvudmannen ur en medicinsk synpunkt har ansetts vara ur stånd att vårda sig och/eller sin egendom. Huvudmannen har vidtagit åtgärder som visat att ett godmanskap inte varit tillräckligt för att skydda personen från sitt eget agerande. Förvaltaren ensam agerar ställföreträdare eftersom huvudmannen saknar rättshandlingsförmåga i den del som omfattas av förvaltarskapet.

Förvaltarskapet ska vara anpassat efter huvudmannens behov och inte finnas längre än nödvändigt. Det kan även begränsas till att avse en viss egendom eller angelägenhet eller helt enkelt upphöra om inte behov längre finns. Vidare kan förvaltarskapet övergå i ett godmanskap om det anses tillräckligt för att tillgodose huvudmannens hjälpbehov.

Överförmyndarnämnden ska enligt 5 § förmyndarskapsförordningen (1995:379) årligen granska samtliga förvaltarskap för att pröva om det finns skäl att ansöka om upphörande alternativt jämkning hos tingsrätten.

För att ett förvaltarskap ska kunna upphöra ska en läkare intyga detta, vilket innebär att det krävs ett läkarintyg. Ska förvaltarskapet övergå till ett godmanskap ska huvudmannens samtycke, om det är möjligt, inhämtas.

För att överförmyndarnämnden ska få ett så bra underlag som möjligt för sin bedömning ber vi Dig som förvaltare besvara ett antal frågor på bifogad blankett så utförligt som möjligt.

Blanketten skickas till:

Karlstads-Hammarö överförmyndarnämnd
651 84 Karlstad



KARLSTADS KOMMUN

Omprovning av förvaltarskap

Huvudmannens namn:.....

Personnummer:.....

År:.....

Har grundförutsättningen för att förvaltarskapet, dvs. sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande, förändrats under året?

Nej Ja. På vilket sätt har det påverkat ditt uppdrag som förvaltare?

.....
.....
.....

Har det skett någon annan förändring under året som gör att du bedömer att hjälpbehovet kan tillgodoses med ett begränsat förvaltarskap eller med godmanskap?

Nej Ja. På vilket sätt har det påverkat ditt uppdrag som förvaltare?

.....
.....
.....

Har det skett någon annan förändring under perioden som gör att du bedömer att hjälpbehovet kan tillgodoses utan att varken förvaltarskap eller godmanskap är anordnat för huvudmannen?

Nej Ja. På vilket sätt har det påverkat ditt uppdrag som förvaltare?

.....
.....
.....



KARLSTADS KOMMUN

Anser Du att förvaltarskapet ska

- Begränsas
- Utökas
- Upphöra helt
- Ersättas med godmanskap
- Kvarstå i nuvarande form

Ange anledningen till Ditt ställningstagande och övriga upplysningar Du vill lämna.

Använd gärna baksidan om utrymmet inte räcker till

Om du anser att förvaltarskapet kan upphöra helt eller delvis eller övergå till ett godmanskap, var vänlig uppgi namn och arbetsplats på huvudmannens läkare.

Läkarens namn	Arbetsplats

.....
Underskrift förvaltare

.....
Ort och datum

.....
Namnförtydligande