**Orosanmälan till Socialtjänsten**

**vid misstanke eller kännedom om att barn/ungdom far illa**

enligt 14 kap 1 § Socialtjänstlagen

**Barnet/ungdomen orosanmälan avser**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Efternamn | Förnamn | |
| Tolkbehov Ja Nej Vet inte | Språk | |
| Personnummer | Telefon | |
| Adress | Postnummer | Postort |

Är barnet/ungdomen informerad om att orosanmälan skrivs? Ja Nej Vet inte

**Vårdnadshavare/förälder 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Efternamn | Förnamn | |
| Tolkbehov Ja Nej Vet inte | Språk | |
| Personnummer | Telefon | |
| Adress | Postnummer | Postort |

Är vårdnadshavaren/föräldern informerad om att orosanmälan skrivs? Ja Nej Vet inte

**Vårdnadshavare/förälder 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Efternamn | Förnamn | |
| Tolkbehov Ja Nej Vet inte | Språk | |
| Personnummer | Telefon | |
| Adress | Postnummer | Postort |

Är vårdnadshavaren/föräldern informerad om att orosanmälan skrivs? Ja Nej Vet inte

**Anledning(ar) till anmälan**

***Misstanke om/tecken på problem hos barnet/ungdomen***

Skolsociala problemBevittnat våld

Beteendeproblem  **** Psykisk ohälsa

Förseelse/brottslighet Alkohol och/eller narkotikabruk

Annat\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Misstanke om bristande omsorg eller misstanke om problem hos vårdnadshavare/närstående***

Fysiska övergrepp mot barnet/ungdomenHedersrelaterat våld och förtryck

Sexuella övergrepp mot barnet/ungdomen Våld i nära relationer

Psykiska övergrepp mot barnet/ungdomen Psykisk ohälsa

Vanvård/försummelse Alkohol och/eller narkotikabruk

Annat\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Beskrivning**

**Beskriv så utförligt som möjligt anledningen till orosanmälan.**

|  |
| --- |
|  |

**Finns det fler barn i familjen?** Hur många och i vilken ålder? Ja Nej Vet inte

|  |
| --- |
|  |

**Var befinner sig barnet nu?** Vet inte ****

|  |
| --- |
|  |

**Orosanmälan upprättad av**

Jag lämnar uppgifterna i tjänsten

Jag lämnar uppgifterna som privatperson *(har rätt att vara anonym)*

OBS! Fyll ej i dina kontaktuppgifter om du som privatperson vill vara anonym.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Efternamn | Förnamn | |
| Arbetsplats | Yrkestitel | |
| Adress | Postnummer | Postort |
| Telefon | E-post | |

Återkoppling önskas huruvida en utredning inleds *(gäller ej privatpersoner)* Ja Nej

**Anmälan mottagen av** (Ifylles av socialtjänsten)

|  |
| --- |
| Datum |
| Underskrift |
| Namnförtydligande |
| Mottagningsbekräftelse skickad Ja Nej |