

**BEDÖMNING AV STÖDBEHOV GÄLLANDE SOCIALVÅRD**  
 (35 § i socialvårdslagen och 25 a § i barnskyddslagen)

**BARNSKYDDSANMÄLAN (25 § i barnskyddslagen)**

Datum:  Ärendet gäller:  Socialt arbete för barnfamiljer  Barnskydd  Handikappservice

Barnets namn	Personbeteckning
Adress	Telefonnummer

Barnet bor hos: <input type="checkbox"/> Modern <input type="checkbox"/> Fadern <input type="checkbox"/> Annan vårdnadshavare	
Vårdnadshavarens namn	Telefonnummer
Vårdnadshavarens namn	Telefonnummer

Orsak till kontakten: vad har hänt, varför har barnet behov av socialvård eller barnskydd, vad är du orolig för och vad har redan gjorts (stöd som givits, nuvarande och tidigare tjänster, kontakter osv.)

Har barnet gett sitt samtycke till kontakt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är barnet medveten om kontakten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
Tilläggsuppgifter:	
Har vårdnadshavarna gett sitt samtycke till kontakt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är vårdnadshavarna medvetna om kontakten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
Tilläggsuppgifter:	

Anmälan gjord av: underskrift och namnförtydligande	Tjänsteställning/yrkesbeteckning och verksamhetsställe
Kontaktuppgifter (adress)	Telefonnummer