



Orosanmälan till Socialtjänsten vid
misstanke eller kännedom om att barn
far illa

Högsby kommun
579 80 Högsby
010-356 50 00

* = Obligatorisk uppgift

Enligt 14 kap 1 § socialtjänstlagen. Lämnar du anmälan som privatperson har du rätt att vara anonym.

Datum*

Mottagande socialtjänst*

Barnet/ungdomen orosanmälan avser

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Utdelningsadress

Postnummer
Postort
Telefon (även riktnummer)
E-postadress

Är barnet/ungdomen informerad om att orosanmälan skrivs?*

- Ja
 Nej

Vårdnadshavare/förälder 1

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Utdelningsadress

Postnummer
Postort
Telefon (även riktnummer)
E-postadress

Är vårdnadshavaren/föräldern informerad om att orosanmälan görs?*

- Ja
 Nej

Vårdnadshavare/förälder 2

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Utdelningsadress

Postnummer
Postort
Telefon (även riktnummer)
E-postadress

Är vårdnadshavaren/föräldern informerad om att orosanmälan görs?

- Ja
 Nej



Högsby kommun

Orosanmälan upprättad av*

- Jag lämnar uppgifterna i tjänsten
 Jag lämnar uppgifterna som privatperson

Som privatperson behöver du inte uppgi dina kontaktuppgifter, du har rätt att vara anonym.

Förnamn
Efternamn
Befattning
Arbetsplats
Utdelningsadress

Postnummer
Postort
Telefon (även riktnummer)
E-postadress

Önskas återkoppling huruvida en utredning inleds (gäller ej privatpersoner)?

- Ja
 Nej

Anledning till orosanmälan*

Beskriv så utförligt som möjligt

Var bor/vistas sig barnet nu?*

- Vet ej

Går barnet i förskola/skola nu?*

- Ja
 Nej
 Vet ej

Finns det fler barn i familjen?*

- Ja, hur många och i vilken ålder?
- Nej
 Vet ej

Övriga upplysningar