Barn utan vårdnadshavare

Barnets namn	Personnummer
Bostadsadress	Ort

Förordnad god man

Efternamn, förnamn	Personnummer
Bostadsadress	Telefonnummer
Postnr.	Ort

Arvode	Summa
Arvode (enl. sammanställning sid 2) antal tim …… á 200:- kr	
Restid per påbörjad timma Antal tim …… á 150:- kr	
Resekostnad (enl. bif. kvitton)	
Bilersättning antal km …… á 1.85 kr	
Flerdygnsförrättning (enl. sammanställning sid. 3)	
SUMMA KRONOR	

Semesterersättning ingår

Härmed intygas på heder och samvete att de uppgifter som lämnats i denna redogörelse är riktiga.

Underskrift

Datum	Underskrift god man

Attest av Migrationsverket / Överförmyndaren

Datum	Namnteckning

POSTADRESS
Överförmyndarnämnden
Varbergs Kommun
432 80 Varberg

BESÖKSADRESS
Östra Långgatan 24

TELEFON
0340-880 00
TELEFAX
0340-697032

E-POSTADRESS
ofm@kommunen.varberg.se

God man för

Barnets namn	Personnumer

Uppdrag under perioden……..

Vilken sorts uppdrag som utförts (besök för kontakt och information)	Datum	Från kl	Till kl	Arbetad tid (ant. Timmar)
Summa (övserförs till sid 1)				

Observera att Restid och bilersättning, antal km skall redovisas på heder och samvete på blankett 3.

Överförmyndarnämnden
Varbergs kommun

Specifikation för tjänsteresor med egen bil för god man att bif. arvodesräkning

God man	Personnummer	Barnets namn

Datum	Resans längd km	Restid tim	Färdväg tur och retur	Resans ändamål	Resekostnader Ersättning enl. bif. kvitto
	summa km	summa restid			summa kostnader

Att ovan angivna resor företagits för uppdragets räkning med egen bil intygas på heder och samvete

Datum …….. Underskrift god man ……

Flerdygnsförrättning/Traktamente

Resan påbörjades den Avslutades den	
Avresedag avresa kl.	
Antal förrättningsdagar	
Hemresedag, hemkomst kl.	
Logikostnad enl. kvitto alt. ☐ Fri bostad/förmånsvärde	Summa