

**OMPRÖVNING AV FÖRVALTARSKAP**

Namn	Personnummer
-------------	---------------------

Anser Du mot bakgrund av nedanstående information att Ditt uppdrag		
- behöver begränsas	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- behöver utökas	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- skall framstå i sin nuvarande form och omfattning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Varför anser du detta?		

Om det inte längre föreligger behov av förvaltare skall förvaltarskapet upphöra. Det kan ske genom att huvudmannen antingen får god man förordnad för sig eller att förvaltarskapet upphör utan att något godmanskap anordnas. Observera att en ändring av förvaltarskapet inte kan ske utan ett läkarintyg. Ett godmanskap förutsätter dessutom huvudmannens samtycke om detta är möjligt.

Anser Du att förvaltarskapet kan ändras till godmanskap	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Skall i så fall godmanskapat omfatta bevaka rätt, Förvalta ekonomi och sörja för person?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Kan huvudmannen klara sig själv utan såväl förvaltarskap Som godmanskap?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hur motiverar Du ditt ställningstagande?		

Om förvaltarskapet skall ändras till godmanskap eller helt upphöra bifogas

- Läkarintyg
- Huvudmannens samtycke (om sådant går att inhämta)

Ort

Datum

Förvaltarens namnteckning

Ytterligare upplysningar: