

Barn:

Nafn:

Kt:

Kyn barns: ☐ Strákur ☐ Stelpa ☐ StálpUppruni barns: ☐ íslenskur ☐ erlendur Skráið upprunann hér:**Tegund fósturs:**☐ Varanlegt ☐ Tímabundið ☐ Greiðslur vegna sérstakrar umönnunar og þjálfunar**Tímalengd fósturs:**

Fóstri lauk:

Fósturforeldrar:

Nafn og kt.:

Nafn og kt.:

Heimilisfang:

Póstnr

Eru fósturforeldrar ættingjar barnsins? ☐ Já ☐ Nei**Ástæða fyrir lokum fósturs:** ☐ Fóstursamningi er lokið ☐ Ótímabært fósturrof**Nánari útlistun á fósturrofi:**☐ Markmiðum fósturs er náð**Ástæður varðandi fósturheimili**☐ Fósturforeldrar vilja ekki endurnýja samning☐ Aðstæður og aðbúnaður á fósturheimili henta ekki lengur barninu☐ Persónulegar ástæður fósturforeldra☐ Vanræksla/ofbeldi á fósturheimili☐ Barnið óskar eftir að fara af fósturheimilinu☐ Fósturforeldrar eru ekki í samvinnu/vinna ekki að markmiðum fóstursins☐ Vand barns of umfangsmikill fyrir fósturforeldra☐ Annað: Skráist hér**Ástæður varðandi fósturbarn**☐ Hegðunarvandi barns☐ Tilfinningavandi barns☐ Geðrænn vand

- | |
|--|
| ☐ Vímuefnavandi barns
☐ Sjálfskaði/sjálfsvígshugsanir
☐ Skólaerfiðleikar
☐ Ofbeldishegðun
☐ Afbrot
☐ Annað: |
| Greinargerð vegna ótímabærs fósturrofs: |
| Afdrif:
☐ Sótt verður um annarskonar úrræði vegna vanda barns
☐ Sótt verður um nýtt fósturheimili
☐ Barn fer aftur til kynforeldra
Annað: |
| Hefur verið send inn ábending/kvörtun til Gæða- og eftirlitsstofnunar Velferðarmála vegna fósturforeldra:
☐ já, dags:
☐ nei |
| Barnaverndarþjónusta:
Starfsmaður:
Netfang starfsmanns: |

Staður og dagsetning:

Undirritun f.h. barnaverndarþjónustu:

Upplýsingar um skil tilkynningar

Tilkynningunni skal skilað með rafrænum hætti bæði til Barna- og fjölskyldustofu og til Gæða- og eftirlitsstofnunar velferðarmála gegnum gagnagátt Signet Transfer (Fyrirtæki: Barna- og fjölskyldustofa/Gæða- og eftirlitsstofnun velferðarmála, Hópur: Móttaka gagna). Komi upp vandamál við skil tilkynningarinnar er hægt að hafa samband á netfangið fostur@bofs.is / gev@gev.is eða í síma 530-2600/ 540-0040.