



Ansökan om brottsskadeersättning till ett barn som har bevittnat brott som varit ägnat att skada barnets trygghet och tillit i förhållande till en närstående person

1. Barnet (vänligen texta)

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| Tilltalsnamn | Efternamn |
| Personnummer (ååmmdd-xxxx) | |
| Adress | |
| Postadress (postnummer och ortnamn) | |

2. Vårdnadshavare 1 Ensam vårdnadshavare

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Tilltalsnamn | Efternamn |
| Personnummer (ååmmdd-xxxx) | |
| Adress | |
| Postadress (postnummer och ortnamn) | |
| Telefon (inkl. riktnummer) | Mobiltelefon |

Denna yta är reserverad för Brottsoffermyndighetens anteckningar


Brottsoffermyndigheten

3. Vårdnadshavare 2

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Tilltalsnamn | Efternamn |
| Personnummer (ååmmdd-xxxx) | |
| Adress | |
| Postadress (postnummer och ortnamn) | |
| Telefon (inkl. riktnummer) | Mobiltelefon |

Ombud God man

Sätt ett kryss i tillämplig ruta om ombud eller god man ska företräda barnet hos Brottsoffermyndigheten. Bifoga fullmakt eller förordnande som styrker ombudets eller gode mannens behörighet.

| | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Namn | |
| Adress | Postadress (postnummer och ortnamn) |
| Telefon (inkl. riktnummer) | Mobiltelefon |

4. Det bevittnade brottet

| |
|--|
| Vilket datum och på vilken ort inträffade brottet? |
| Kort beskrivning av brottet |

5. Polisanmälan

| | | |
|----------------------|------------------------------|---|
| Har brottet anmälts? | <input type="checkbox"/> Ja | Polisanmälanens diarienummer (K-nummer): K- |
| | | Polismyndighet och distrikt: |
| | <input type="checkbox"/> Nej | Ange skälen under ytterligare upplysningar, se nästa sida |

6. Uppgifter om domstolsprövning Bifoga kopia av fullständig dom med bilagor samt bevis om laga kraft.

| | | |
|---|-------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Ingen domstolsprövning | | |
| Tingsrättens namn | datum | målnummer |
| Hovrättens namn | datum | målnummer |
| Högsta domstolen | datum | målnummer |

Vänd och skriv under på andra sidan

Ytterligare upplysningar

Om du har ytterligare upplysningar kan du använda ett extra blad som du skickar med din ansökan.

Fullmakt

Jag ger Brottsoffermyndigheten rätt att ta del av följande handlingar:

- Vid domstol sekretessbelagd handling rörande det brott barnet bevittnat.
- Förundersökningshandlingar från Polismyndigheten och Åklagarmyndigheten avseende aktuellt brott.

Brottsoffermyndigheten inhämtar handlingarna i de fall uppgifterna behövs för prövning av ansökan.

Brottsoffermyndighetens behandling av personuppgifter

Brottsoffermyndigheten behandlar de personuppgifter som du lämnar i denna ansökan eftersom de är nödvändiga för att myndigheten ska kunna handlägga och pröva barnets ansökan om brottsskadeersättning. Myndigheten behandlar också uppgifter som inhämtas från andra myndigheter med stöd av ovanstående fullmakt. Den rättsliga grunden för behandlingen är myndighetsutövning. Uppgifterna behandlas elektroniskt. Brottsoffermyndigheten kommer att lagra uppgifterna i enlighet med vad som gäller för myndigheters arkivhantering. Uppgifter lämnas ut enligt gällande offentlighets- och sekretesslagstiftning.

Kontakta Brottsoffermyndigheten om du vill veta vilka uppgifter vi behandlar om dig och ditt barn. Kontaktuppgifter finns längst ned på denna sida. Mer information om dina och barnets rättigheter samt kontaktuppgifter till myndighetens dataskyddsombud finns på Brottsoffermyndighetens webbplats www.brottsoffermyndigheten.se.

Jag intygar på heder och samvete att uppgifterna i denna ansökan med tillhörande handlingar är riktiga. Jag är medveten om att felaktiga eller utelämnade uppgifter kan medföra straffansvar.

Underskrift

Om sökanden är omyndig ska ansökan undertecknas av vårdnadshavaren eller båda vårdnadshavarna vid gemensam vårdnad. Observera dock att en ansökan om brottsskadeersättning till ett barn får göras av endast den ena vårdnadshavaren, om den andra vårdnadshavaren har begått brottet eller om det annars finns särskilda skäl.

.....
Datum

.....
Namnteckning

.....
Namnförtydligande

.....
Datum

.....
Namnteckning

.....
Namnförtydligande

Ansökan skickas till:

Brottsoffermyndigheten
Box 470
901 09 UMEÅ