|  |  |
| --- | --- |
| Namn  Klicka eller tryck här för att ange text. | Adress  Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Postnr och -adress  Klicka eller tryck här för att ange text. | Personnummer  Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Samordningsansvarig kommun  Klicka eller tryck här för att ange text. | Arbetsställe/telefon/e-post  Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Samordningsansvarig landsting  Klicka eller tryck här för att ange text. | Arbetsställe/telefon/e-post  Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Förvaltare/god man/annan företrädare  Klicka eller tryck här för att ange text. | Telefon  Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Ansvarig läkare  Klicka eller tryck här för att ange text. | Arbetsställe/telefon/e-post  Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Fast vårdkontakt  Klicka eller tryck här för att ange text. | Arbetsställe/telefon/e-post  Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Biståndshandläggare  Klicka eller tryck här för att ange text. | Arbetsställe/telefon/e-post  Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Socialsekreterare  Klicka eller tryck här för att ange text. | Arbetsställe/telefon/e-post  Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Annan resursperson  Klicka eller tryck här för att ange text. | Arbetsställe/telefon/e-post |

### Underskrift för barn under 18 år

|  |  |
| --- | --- |
| Vårdnadshavare 1  Klicka eller tryck här för att ange text. | Personnummer  Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Vårdnadshavare 2  Klicka eller tryck här för att ange text. | Personnummer  Klicka eller tryck här för att ange text. |

### Vid upprättande av den samordnade individuella planen har deltagit:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Namn  Klicka eller tryck här för att ange text. | Befattning/  funktion  Klicka eller tryck här för att ange text. | Arbetsställe  Klicka eller tryck här för att ange text. | Telefon/e-post  Klicka eller tryck här för att ange text. |

|  |
| --- |
| Samtycke  *(beskriv hur samtycket från den enskilde vårdnadshavare eller annan företrädare har erhållits och om närstående getts rätt att delta i planeringen)*  Klicka eller tryck här för att ange text. |

|  |
| --- |
| Syftet med SIP  *(Social situation, psykisk, fysisk hälsa – varför behövs samordning?)*  Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Långsiktiga mål (mätbara)  Klicka eller tryck här för att ange text. |

| Kortsiktiga mål(mätbara) | Insats/åtgärd | Ansvarig person funktion/verksamhet | Tidsplan |
| --- | --- | --- | --- |
| Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. | Klicka eller tryck här för att ange text. |

### Uppföljning av samordnad individuell plan

|  |
| --- |
| Datum för uppföljning av planen  Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Namn på utsedd/a samordningsansvarig/a för uppföljningen  Klicka eller tryck här för att ange text. |

### Underskrifter

|  |  |
| --- | --- |
| Datum för upprättande av samordnad individuell plan  Klicka eller tryck här för att ange text. | |
| Den enskilde  Klicka eller tryck här för att ange text. | Deltagare från landstinget  Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Deltagare från socialtjänsten  Klicka eller tryck här för att ange text. | Deltagare från övriga aktörer  Klicka eller tryck här för att ange text. |

### Underskrift för barn under 18 år

|  |  |
| --- | --- |
| Vårdnadshavare 1  Klicka eller tryck här för att ange text. | Personnummer  Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Vårdnadshavare 2  Klicka eller tryck här för att ange text. | Personnummer  Klicka eller tryck här för att ange text. |

### Medverkande parter har erhållit varsitt exemplar av planen.