|  |  |
| --- | --- |
| NamnKlicka eller tryck här för att ange text. | AdressKlicka eller tryck här för att ange text. |
| Postnr och -adressKlicka eller tryck här för att ange text. | PersonnummerKlicka eller tryck här för att ange text. |
| Samordningsansvarig kommunKlicka eller tryck här för att ange text. | Arbetsställe/telefon/e-postKlicka eller tryck här för att ange text. |
| Samordningsansvarig landstingKlicka eller tryck här för att ange text. | Arbetsställe/telefon/e-postKlicka eller tryck här för att ange text. |
| Förvaltare/god man/annan företrädareKlicka eller tryck här för att ange text. | TelefonKlicka eller tryck här för att ange text. |
| Ansvarig läkareKlicka eller tryck här för att ange text. | Arbetsställe/telefon/e-postKlicka eller tryck här för att ange text. |
| Fast vårdkontaktKlicka eller tryck här för att ange text. | Arbetsställe/telefon/e-postKlicka eller tryck här för att ange text. |
| BiståndshandläggareKlicka eller tryck här för att ange text. | Arbetsställe/telefon/e-postKlicka eller tryck här för att ange text. |
| SocialsekreterareKlicka eller tryck här för att ange text. | Arbetsställe/telefon/e-postKlicka eller tryck här för att ange text. |
| Annan resurspersonKlicka 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. | PersonnummerKlicka eller tryck här för att ange text. |
| Vårdnadshavare 2Klicka eller tryck här för att ange text. | PersonnummerKlicka eller tryck här för att ange text. |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NamnKlicka eller tryck här för att ange text. | Befattning/funktionKlicka eller tryck här för att ange text. | ArbetsställeKlicka eller tryck här för att ange text. | Telefon/e-postKlicka 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 planenKlicka 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 planKlicka eller tryck här för att ange text. |
| Den enskildeKlicka eller tryck här för att ange text. | Deltagare från landstingetKlicka eller tryck här för att ange text. |
| Deltagare från socialtjänstenKlicka eller tryck här för att ange text. | Deltagare från övriga aktörerKlicka eller tryck här för att ange text. |

### Underskrift för barn under 18 år

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

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