

SIP, Samordnad individuell plan

En SIP, Samordnad individuell plan, samlar mina behov, mina insatser och vem som ansvarar för dessa insatser, på ett ställe, utifrån vad som är viktigt för mig. Vi fyller i och följer upp planen tillsammans. De personer som deltar i SIP-mötet har sedan möjlighet att ta del av denna plan.

Ny SIP ☐ Uppföljning av en tidigare SIP ☐

Planen tillhör

Namn	Personnummer
Adress	Telefon

Ensam vårdnadshavare ☐

Vårdnadshavare 1 alternativt förvaltare eller annan företrädare (om aktuellt)

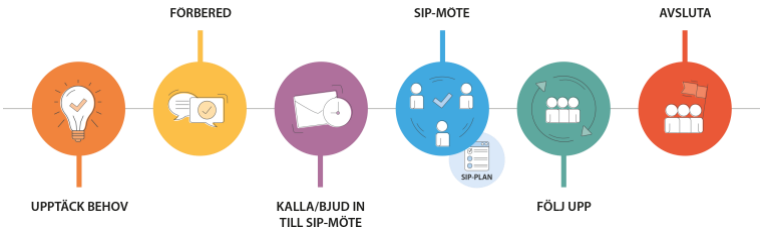
Namn	Personnummer
Adress	Telefon

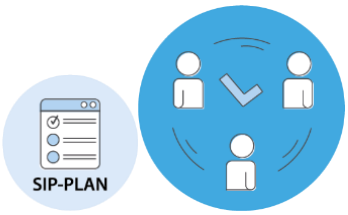
Vårdnadshavare 2 alternativt förvaltare eller annan företrädare (om aktuellt)

Namn	Personnummer
Adress	Telefon

Tid och plats

Datum för mötet	Tid för mötet (start- och sluttid)
Plats för mötet	Kommentar (ex tolkbehov)



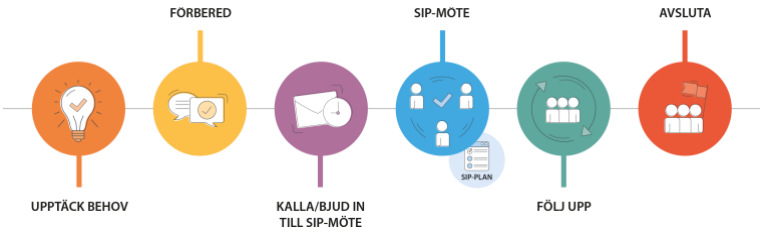


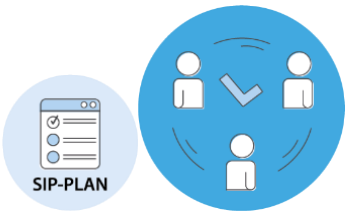
Kallade/Inbjudna

Verksamhet	**Namn och telefonnummer**	Närvarande
Socialtjänst:		☐
		☐
		☐
		☐
Hälso- och sjukvård:		☐
		☐
		☐
Skola:		☐
		☐
		☐
		☐
Övriga:		☐
		☐
		☐
		☐
		☐
		☐
		☐

Huvudansvarig SIP

Namn	Verksamhet
Telefon	





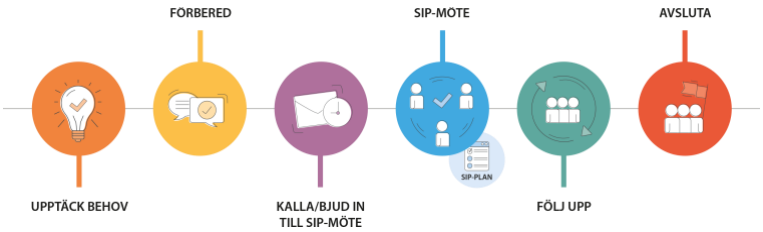
Syfte – Varför har vi mötet?

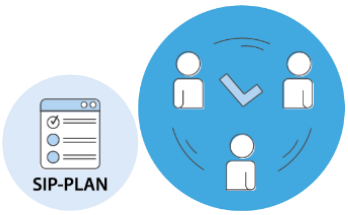
Min nuvarande situation – Vad har jag för behov? Vad har jag för egna resurser? Vilka behov av åtgärder finns?

Övergripande mål – Vad är viktigt för mig att uppnå långsiktigt?

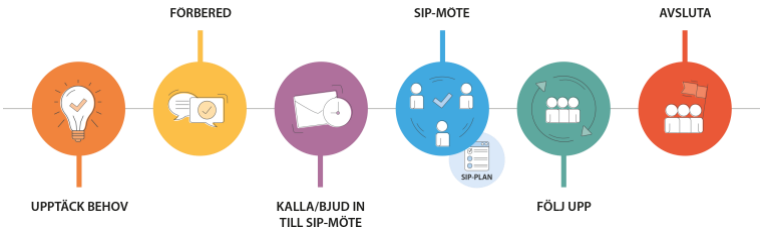
Vad kan jag själv göra för att nå mitt långsiktiga mål?

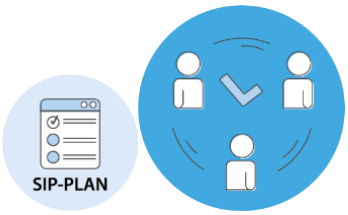
Redan pågående insatser





Delmål: Vad är viktigt på kort sikt?	**Insatser/aktiviteter:** Vad ska göras och när?	**Ansvarig:** Vem ska göra det?	**Uppföljning:**
Delmål uppfyllt ☐			
Delmål uppfyllt ☐			
Delmål uppfyllt ☐			
Delmål uppfyllt ☐			
Delmål uppfyllt ☐			
Delmål uppfyllt ☐			





Muntligt medgivande – (om muntligt medgivande inte kan ske kan digital signering göras genom säkra meddelanden eller genom att skriva ut dokument och få underskrift från vårdnadshavare/den enskilde eller förvaltare)

Jag godkänner innehållet i min SIP ☐
Vårdnadshavare alternativt förvaltare eller annan förmyndare godkänner innehållet i min SIP ☐
Planen skickas till samtliga närvarande inom fyra arbetsdagar efter mötet genom säkra meddelanden eller post.

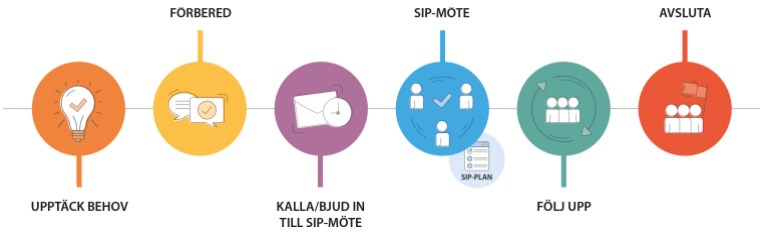
Beslut om samordningsbehov

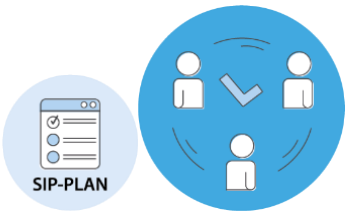
Samordningsbehov kvarstår ☐	Samordningsbehov finns inte längre ☐

Kallade/Inbjudna för uppföljning av SIP

Plats	Datum och tid (start- och sluttid)

Verksamhet	**Namn**	**Telefonnummer**
Socialtjänst		
Hälso- och sjukvård		
Skola		
Övriga		





Underskrift

Namn	Namnteckning

Underskrift (om aktuellt mina vårdnadshavare, min förvaltare eller annan företrädare)

Namn	Namn
Relation	Relation

Namnteckning

Namnteckning

Ensam vårdnadshavare ☐