

## SIP – SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN

En plan som samlar dina behov, dina insatser och vem som ansvarar för dessa insatser. Vi fyller i planen tillsammans och sen skickas den ut till alla som har deltagit på mötet.

Ny SIP

Uppföljande SIP

Datum: \_\_\_\_\_

## PLANEN TILLHÖR

Namn

Personnummer

Adress

Kontaktuppgifter

Eventuell företrädare för den enskilde

Kontaktuppgifter

## HUVUDANSVARIG FÖR SIP

Personen har det övergripande ansvaret för planen, att se till att planen dokumenteras och att mötet följs upp

Namn

Verksamhet

## SAMTYCKE INHÄMTAT

Ja

Datum: \_\_\_\_\_

## INBJUDNA DELTAGARE

Namn

Verksamhet

Titel/relation

Närvarande

_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	

**PÅGÅENDE OCH TIDIGARE INSATSER?** Hur fungerar/fungerade dessa insatser för mig?

**VARFÖR GÖR VI DENNA SIP?** Vilka behov av samordnade insatser har jag?

**MITT ÖVERGRIPANDE MÅL MED SAMORDNADE INSATSER?** Vad vill jag uppnå?

**ÖVRIGT**

## PLANERING

Mål Vad vill jag uppnå?	Insatser/åtgärder Vad ska vi göra?	Ansvarig Vem ska göra det och när?	Vid uppföljning Är målet uppnått?

## UPPFÖLJNING

Datum

Tid

Plats

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SIP AVSLUTAS

## ANDRA DELTAGARE SOM SKA KALLAS TILL UPPFÖLJNING AV SIP

Namn

Verksamhet

Titel/relation

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_