

Samordnad individuell plan – Ny SIP

NAMN

PERSONNR

DAGENS DATUM

När ett barn eller en ungdom har behov av insatser både från socialtjänst och från hälso- och sjukvård, och ett behov av att samordna insatserna finns, ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en Samordnad Individuell Plan (SIP). Syftet är att förenkla för barnet/den unge, dennes familj och övriga inblandade genom att ge en överblick över vem som gör vad och när. Bestämmelserna i SIP regleras i 2 kap 7 § SoL samt 16 kap 4 § HSL. Alla deltagare på mötet får en kopia på av planen.

Samtycke

För att vårdgivare, kommunens socialtjänst och andra samverkansparter ska kunna samordna de insatser som jag (barnet/den unge) är i behov av, ger jag/vi (barn/vårdnadshavare) de verksamheter som anges på sista sidan i denna plan mitt/vårt tillstånd att utbyta sekretessbelagd information om mig. Samtycket gäller endast de behovsområden, mål och insatser som anges i denna plan.

Samtycket gäller fram till detta datum: _____
(*vanligen fram till och med nästkommande möte*)

Jag/vi har rätt att när som helst ta tillbaka detta samtycke genom att kontakta:

NAMN ELLER ENHET

TELEFONNR

SIGNATUR BARNET/DEN UNGE

NAMNFÖRTYDLIGANDE

ORT

DAGENS DATUM

SIGNATUR, VÅRDNADSHAVARE

NAMNFÖRTYDLIGANDE

ORT

DAGENS DATUM

SIGNATUR, VÅRDNADSHAVARE

NAMNFÖRTYDLIGANDE

ORT

DAGENS DATUM

Aktuell situation

BARNETS/DEN UNGES BILD AV SIN SITUATION (VAD ÄR SVÅRT, VAD FUNGERAR BRA, NUVARANDE STÖD?)

ÖVRIGA DELTAGARES BILD AV SITUATIONEN? (VAD ÄR SVÅRT, VAD FUNGERAR BRA, NUVARANDE STÖD?)

Behov och mål

GEMENSAM MÅLSÄTTNING, UTIFRÅN IDENTIFIERADE BEHOV

Mål och planering

Konkreta insatser/aktiviteter. Vem/vilken aktör är ansvarig för att insatserna genomförs?

MÅL/DELMÅL	VAD SKA GÖRAS?	NÄR?	ANSVARIGA?

BARNET/DEN UNGES KOMMENTARER PÅ PLANEN:

Tid för nästa SIP-möte

DATUM	TID	PLATS
-------	-----	-------

HUVUDANSVARIG FÖR PLANEN: _____

Mötesdeltagare och undertecknande

NAMN	RELATION, ELLER YRKESROLL OCH VERKSAMHET	KONTAKTUPPGIFTER	SIGNATUR

Var barnet deltagande: Ja Nej Del av mötet

OM BARNET/DEN UNGE INTE VAR MED, HAR DENNE DELAKTIGGJORTS PÅ ANNAT SÄTT – HUR OCH AV VEM?:

Följande inbjudna deltog ej:

NAMN	RELATION, ELLER YRKESROLL OCH VERKSAMHET	KONTAKTUPPGIFTER

Den här mallen förvaltas i samarbete mellan Storsthlm och Region Stockholm. Mallar finns för både nya planer och för uppföljning, för både vuxna och barn/ungdomar, samt för att fylla i digitalt eller på papper. De går att hämta på www.storsthlm.se samt på www.vardgivarguiden.se.