

# Samordnad individuell plan Vuxen



|                 |               |
|-----------------|---------------|
| Personens namn: | Personnummer: |
| Adress:         | Telefon:      |
|                 | Datum:        |

Särskild information. Om det finns:

Minderåriga barn .....

God Man/förvaltare .....

Tolkbehov .....

| Medverkande:                                 | Namn, verksamhet och telefonnummer: |
|--|-------------------------------------|
| SOCIALTJÄNST <input type="checkbox"/>        |                                     |
| ..... <input type="checkbox"/>               |                                     |
| ..... <input type="checkbox"/>               |                                     |
| HÄLSO- OCH SJUKVÅRD <input type="checkbox"/> |                                     |
| ..... <input type="checkbox"/>               |                                     |
| ..... <input type="checkbox"/>               |                                     |
| SKOLA <input type="checkbox"/>               |                                     |
| ARBETSFÖRMEDLING <input type="checkbox"/>    |                                     |
| FÖRSÄKRINGSKASSA <input type="checkbox"/>    |                                     |
| .....  |                                     |
| .....  |                                     |
| Kallad men ej närvarande                     |                                     |
| Kallad men ej närvarande                     |                                     |

# Samordnad individuell plan Vuxen



Personens synpunkter: (om hen inte deltar i mötet)

Personnummer:

Nuläge:

# Samordnad individuell plan Vuxen



|                 |  |               |
|-----------------|--|---------------|
| Gemensamma mål: |  | Personnummer: |
| 1               |  |               |
| 2               |  |               |
| 3               |  |               |
| 4               |  |               |

Mer information om målen:

| Mål 1                        | Ansvarig/a |
|------------------------------|------------|
|                              |            |
| Personen ansvarar själv för: |            |

# Samordnad individuell plan Vuxen



|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| Mål 2                        | Personnummer: |
|                              | Ansvarig/a    |
| Personen ansvarar själv för: |               |
| Mål 3                        | Ansvarig/a    |
|                              |               |
| Personen ansvarar själv för: |               |
| Mål 4                        | Ansvarig/a    |
|                              |               |
| Personen ansvarar själv för: |               |

# Samordnad individuell plan Vuxen



Förutom målen pratade vi också om:

Personnummer:

## UPPFÖLJNING

Datum för uppföljning:

Vem kallar:

Kontaktperson (namn och telefon):

Personens underskrift:

Namnförtydligande:

Har erbjudits utvärdering av SIP mötet (delaktighet)

JA

NEJ

Detta dokument bifogas journalhandling hos berörd myndighet. Kopia till personen.