Samordnad individuell plan (SIP)

SIP (Samordnad Individuell Plan) enligt 2 kap. 7 § Sol. och 16 kap. 4 § HSL samt riktlinjer i ”Regional överenskommelse om samverkan mellan Region Halland och Hallands kommuner”. En SIP samlar de insatser från hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola eller andra aktörer samt vem som ansvarar för vad på ett ställe, utifrån vad som är viktigt för dig. Den samordnade individuella planen upprättas i samförstånd med den enskilde och eventuellt vårdnadshavare.

☐ Ny SIP ☐ Uppföljning av en tidigare SIP

SIP upprättad

Datum	Tid	Plats

Samtycke

Den enskilde alternativt vårdnadshavare samtycker till informationsöverföring ☐ Ja ☐ Nej

Planen tillhör

Namn	Personnummer
Telefon och adress	
Deltog i möte	☐ Ja ☐ Nej

Annan viktig information inför mötet

Kontakter som till exempel tolk, vårdnadshavare eller annan viktig närstående.

Kontakt	**Namn, telefon**
Vårdnadshavare 1	
Vårdnadshavare 2	
Närstående	
God man/förvaltare	
Tolk	
Minderåriga barn	

Använd fritextfält för att lägga till fler kontakter.

Kontakt	**Namn, telefon**

Sammankallande, tillika huvudansvarig för denna SIP är

Namn	Telefon
Funktion/verksamhet	Mailadress

Mötesledare (om annan än sammankallande) för denna SIP är

Namn	Telefon
Funktion/verksamhet	Mailadress

Kontaktuppgifter till närvarande

Använd fritextfält för att lägga till fler närvarande.

Närvarande	**Namn, verksamhet, telefon**
Vårdnadshavare	
Närstående	
Region Halland	
Kommun	
Förskola/Skola	

Nuläge - Så här är min nuvarande situation

Huvudmål – Jag skulle vilja ha det så här

Vi är överens om följande planering och insatser, samt att samordning ska följas upp

- Behov/delmål – Vad är viktigt för mig på lång/kort sikt.
- Insats/aktiviteter – Vad ska göras och när.
- Uppföljning – Hur har det gått? Kan insatsen avslutas? Ska den revideras? Krävs en ny insats?

Behov/delmål	Insats/aktiviteter	Vem ska göra det?	Uppföljning

Bra att veta förutom mål/delmål

Uppföljning

Datum	Tid	Plats

Hur ska samarbetet se ut efter avslutad SIP-process

Jag godkänner innehållet i SIP

☐ Jag godkänner innehållet i min SIP

Min namnteckning (ej nödvändigt att skriva under)

Alternativt vårdnadshavare, förvaltare eller annan företrädare för mig

Avslut av SIP

Datum	Kommentar

Dokumentet bifogas till journalhandling/elevakt hos respektive verksamhet.