



Karlshamns
kommun



KARLSKRONA
KOMMUN



OLOFSTRÖMS
KOMMUN



Ronneby
KOMMUN



Sölvesborgs
kommun



Min samordnade individuella plan – SIP

Namn	Personnummer
Telefon	Adress
Ort	Datum för SIP

☐ Samtycke inhämtat
☐ Ny SIP ☐ Uppföljning

Syfte- Varför träffas vi idag?

Pågående åtgärder/insatser – hur fungerar det?

Vad behöver jag och vad behöver förändras?

Annan information/ eventuella synpunkter som är viktigt att känna till

Vilka är närståendes/företrädares synpunkter och önskemål?



Barnrättsperspektiv

Långsiktiga mål – vad vill jag uppnå?

Har målen uppfyllts? (ja/nej/på väg)

Kortsiktiga mål – vad behöver jag för att nå dem?		
Kortsiktiga mål – vad vill jag uppnå på kort sikt?	Insatser/åtgärder – vad ska vi göra?	Ansvarig – vem ska göra det och när?



Planerad uppföljning av SIP	
Plats	Datum och tid
Följande ska kallas till nästa uppföljning:	
SIP avslutas, då behov av uppföljning inte föreligger	

Min fasta vårdkontakt (om en sådan finns)	
Namn	Verksamhet
Kontaktuppgifter	

Ansvarig/sammankallande för min SIP	
Namn	Verksamhet
Kontaktuppgifter	



Karlshamns
kommun



**KARLSKRONA
KOMMUN**

OLOFSTRÖMS
KOMMUNRonneby
KOMMUN

Sölvesborgs kommun



Jag godkänner innehållet i planen

Min underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Vårdnadshavare 1 underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Vårdnadshavare 2 underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Annan vårdnadshavare/företrädare/förvaltare/ underskrift:

Namnförtydligande: _____

[illegible]

Planen kopieras och bifogas i journalhandling hos berörd myndighet. Du, alternativt vårdnadshavare/företrädare får originalet. Uppgifterna hanteras i enlighet med reglerna i dataskyddsförordningen (GDPR).

Detta dokument är framtaget i samverkan mellan länets kommuner och Region Blekinge Beslutad av LSVO
20230616, reviderad 20260224