

Min plan

Plats för illustration om barnet / den unge själv önskar

Namn: (Barnet /den unge skriver själv om möjligt)

Det här fungerar bra i mitt liv nu

Datum

(Plats för illustration om barnet /den unge själv önskar)

Dessa två sidor kopieras till barnet /den unge. Används även vid uppföljning.

Samordnad individuell plan

Syftet med den individuella planen¹ är att öka ditt inflytande och förbättra samordningen av insatserna som rör dig. Den individuella planen ska ligga till grund för olika verksamheters arbete för att vi tillsammans ska kunna hjälpa dig på bästa sätt och nå de mål som vi kommer överens om.

Barnet/den unge

Namn	Personnummer
Adress	portkod
E-post	Telefonnummer
Mobilnummer	Tolkbehov/språk

Vårdnadshavare 1

Namn	Personnummer
Adress	portkod
E-post	Telefonnummer
Mobilnummer	Tolkbehov/språk

Vårdnadshavare 2

Namn	Personnummer
Adress	portkod
E-post	Telefonnummer
Mobilnummer	Tolkbehov/språk

¹ Enligt hälso- och sjukvårdslagen, 3 f §, 1982:763, och socialtjänstlagen, 2 kap. 7 §, 2001:453, ska landsting och kommun tillsammans upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården

Medgivande

Samarbetet underlättas om vi som kommer från olika verksamheter inom Landstinget och kommunens socialtjänst och skola kan prata med varandra om den hjälp du behöver för att vi tillsammans skall kunna hjälpa dig att nå dina mål. För att vi ska kunna sammankalla till möten och kunna diskutera med de andra myndigheterna måste du som vårdnadshavare ge ditt tillstånd (medgivande) till det. Medgivandet gäller endast sådan information som behövs för att få till ett bra samarbete kring ditt barn och bara för den tid som du medger. Vi kommer inte att ha tillgång till varandras akter eller journaler.

Jag/vi som är vårdnadshavare för (barnets namn och personnummer)

ger mitt/vårt tillstånd för (verksamheterna)

att samarbeta om (aktuell frågeställning)

Medgivandet gäller fram till eventuellt uppföljningsmöte dock längst till och med den

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

Ort

Datum.....

Namnteckning Barn/ungdom

.....
Namnförtydligande

.....
Namnteckning vårdnadshavare 1

.....
Namnförtydligande

.....
Namnteckning vårdnadshavare 2

.....
Namnförtydligande

Kontaktuppgifter

Anhöriga/Närstående/Familjehem/HVB	Telefon
Anhöriga/Närstående/Familjehem/HVB/ adress	
Boendeform	
Övrigt	

Samverkansparter

Socialtjänst SoL	
Pågående insats	
Ansvarig socialsekreterare	Telefon/mobilnummer
Ansvarig chef/beslutsfattare	Telefon/mobilnummer
Socialtjänst LSS	
Pågående insats	
Ansvarig biståndshandläggare	Telefon/mobilnummer
Ansvarig chef/beslutsfattare	Telefon/mobilnummer
Skola/Förskola	
Pågående åtgärder utifrån åtgärdprogram	
Ansvarig lärare/pedagog	Telefon/mobilnummer
Ansvarig chef/beslutsfattare	Telefon/mobilnummer
Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)	
Pågående insats	
Namn/titel Ansvarig behandlare	Telefon/mobilnummer
Ansvarig chef/beslutsfattare	Telefon/mobilnummer
Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning (BUMM)	
Pågående insats	
Namn/titel Ansvarig behandlare	Telefon/mobilnummer
Läkare Ansvarig chef/beslutsfattare	Telefon/mobilnummer

Habilitering	
Pågående insats	
Namn/titel Ansvarig behandlare	Telefon/mobilnummer
Läkare Ansvarig chef/beslutsfattare	Telefon/mobilnummer
Beroendevård	
Pågående insats	
Namn/titel Ansvarig behandlare	Telefon/mobilnummer
Namn/titel Ansvarig chef/beslutsfattare	Telefon/mobilnummer
Andra vårdkontakter t.ex. somatiska, andra psykiatriska	
Pågående insats	
Namn/titel Ansvarig behandlare	Telefon/mobilnummer
Namn/titel Ansvarig chef/beslutsfattare	Telefon/mobilnummer

Samordnad individuell plan

Barnets/den unges behov

Vad fungerar bra, vad man kan bygga på för att nå en positiv förändring.

Mål och eventuella delmål

Barnets/den unges mål

Förälder/vårdnadshavares mål

Utifrån barnets/den unges och förälder/vårdnadshavares målformulering har samverkansparterna följande gemensamma målsättning:

Kortsiktig målsättning

Långsiktig målsättning

Aktuell planering

Datum

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

Kostnadsansvaret följer ansvaret för insatserna.

Vad ska göras?	Tidsperiod Fr.o.m. – t.o.m.	Namn – ansvarig	Verksamhet

Barnets/ungdomens synpunkter**Undertecknad har godkänt individuell plan**

Ort

Datum.....

.....
Namnteckning Barn/ungdom.....
Namnförtydligande.....
Namnteckning vårdnadshavare 1......
Namnförtydligande.....
Namnteckning vårdnadshavare 2.....
Namnförtydligande

Undertecknad har godkänt individuell plan

Ort Datum.....

Namnteckning ansvarig chef / behandlare.....
(Barn- och ungdomspsykiatri, Barn- och ungdomsmedicin, Habilitering, Beroendevård unga)

Namnförtydligande.....

Namnteckning ansvarig chef / behandlare.....
(Barn- och ungdomspsykiatri, Barn- och ungdomsmedicin, Habilitering, Beroendevård unga)

Namnförtydligande.....

Namnteckning ansvarig tjänsteman.....
Socialtjänst SoL

Namnförtydligande

Namnteckning ansvarig tjänsteman
Socialtjänst LSS

Namnförtydligande

Undertecknad har godkänt att med utgångspunkt i skolans åtgärdsprogram medverka till aktuell planering

Namnteckning kontaktperson
Skola

Namnförtydligande

Tid för uppföljning

Planeras till: Datum Plats

Ansvarig huvudman för planen:

Tolkbeställning

Uppföljning

Datum

Långsiktig målsättning
Kortsiktig målsättning
Vad har varit bra?
Vad har inte fungerat? Vad bör utvecklas/förändras?

Undertecknad har deltagit vid uppföljning

Ort:.....

Datum

.....
 Namnteckning Barn/ungdom

.....
 Namnförtydligande

.....
 Namnteckning vårdnadshavare 1

.....
 Namnteckning vårdnadshavare 2

.....
 Namnförtydligande

.....
 Namnförtydligande

Undertecknad har deltagit vid uppföljning

Namnsteckning ansvarig chef / behandlare.....
(Barn- och ungdomspsykiatri, Barn- och ungdomsmedicin, Habilitering, Beroendevård unga)

Namnförtydligande.....

Namnsteckning ansvarig chef / behandlare.....
(Barn- och ungdomspsykiatri, Barn- och ungdomsmedicin, Habilitering, Beroendevård unga)

Namnförtydligande.....

Namnsteckning ansvarig tjänsteman
Socialtjänst SoL

Namnförtydligande
.

Namnsteckning ansvarig tjänsteman
Socialtjänst LSS

Namnförtydligande

Namnsteckning kontaktperson
Skola

Namnförtydligande