



Samspelets Samordnade individuella plan – SAMSIP

Vem:	Personnummer:
Adress:	
Telefonnummer:	
SAMSIP initieras från enhet/insats:	Tolkbehov: <input type="checkbox"/>
Närstående som kan kontaktas: (namn, relation, adress, telefon)	
Finns personens samtycke till SAMSIP-möte med föreslagna parter:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Aktuella kontakter: (namn, telefonnummer)	
Kommunen: Ansvarig kontaktperson:	
Annan involverad inom kommunen (tex boendestöd, socialpsykiatri, God man, förvaltare mfl): Ansvarig kontaktperson:	
Psykiatrin: Ansvarig kontaktperson:	
Annan involverad inom landstinget (tex Vårdcentral, VuxenHabilitering mfl): Ansvarig kontaktperson:	
Försäkringskassan: Ansvarig kontaktperson:	
Arbetsförmedling: Ansvarig kontaktperson:	
Övriga kontakter:	
Datum för mötet/upprättande av plan:	Plats:
Samordningsansvarig: (ange namn samt befattning, arbetsplats och e-mail-adress)	



Medverkande på mötet: (namn, relation, befattning, arbetsplats)

Mål

Delmål

Aktiviteter till delmålet	Ansvarig utförare Vem + kontaktuppgifter ! (personen, parter, annan)	Färdigt till Datum



Utskriftsdatum

Sid(or)

3(3)

Övrigt:

Samordnad individuell plan kommer utvärderas/följas upp

Datum:

Ansvarig för uppföljande möte:

