



NORRBUS

Bilaga 2

Samordnad individuell plan

Datum då planen upprättades

Ansvarig handläggare/samordnare

--

Barnet/den unge

Namn:	Personnummer:
Utdelningsadress:	e-post:
Postnummer:	Postort:

Vårdnadshavare

Namn:	Personnummer:
Utdelningsadress:	e-post:
Postnummer:	Postort:

Namn:	Personnummer:
Utdelningsadress:	e-post:
Postnummer:	Postort:

Barnets/den unges behov

Uppge även vad som fungerar bra, vad kan man bygga på för att nå en positiv förändring.

--

Mål och eventuella delmål

Insatser

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

Tidsram

När insatserna ska påbörjas, hur ofta och hur länge de ska pågå

Barnets/den unges uppfattning om insatserna

Vårdnadshavarens uppfattning om insatserna

--

Samordningsansvarig

--

Uppföljning

Datum för det första uppföljningsmötet fastställs när den gemensamma planen är klar.

Datum	Tid	Plats
-------	-----	-------

Samman kallande:

Delaktiga i genomförandeplanen

Underskrifter: