

Här kan du byta till din kommuns logotype.

**Kallelse till SIP-möte**

Välkommen till SIP-möte (Samordnad individuell plan). SIP görs enligt 2 kap 7§ SoL och 16 kap 4§ HSL. Den samordnade individuella planen upprättas med den enskildes samtycke.

|  |
| --- |
| **Mötet gäller** |
| Namn | Personnummer |
| Adress | Telefonnummer/e-post |

|  |
| --- |
| **Mötet äger rum** |
| Datum  | Tid | Plats | Möjligt att delta digitalt |

|  |
| --- |
| **Mötets syfte och mål***Ange det syfte och mål som förberetts tillsammans med den enskilde* |
|  |

|  |
| --- |
| **Mötets frågeställningar***Ange de frågeställningar som förberetts tillsammans med den enskilde* |
|  |

|  |
| --- |
| **Samordningsansvarig** |
| Namn  | Titel och enhet |
| E-post | Telefon |

|  |
| --- |
| **Samtycke till informationsutbyte inför SIP** För att vårdgivare, kommunens socialtjänst och andra samverkansparter ska kunna samordna de insatser jag är i behov av ger jag samtycke till att utbyta sekretessbelagd information om mig. Samtycket gäller informationsutbyte utifrån frågeställningarna i denna kallelse. Samtycket gäller under tiden som samordningen pågår, dock längst ett år. Samtycket kan när som helst återkallas genom att jag meddelar samordningsansvarig. |
| Signatur | Namnförtydligande |
| Muntligt samtycke inhämtat av (namn, verksamhet) | Datum |
| Samtycker enligt ovan; vårdnadshavare/förälder/annan företrädare (om aktuellt) |
| Namn, relation | Namn, relation |
| Signatur | Signatur |

|  |
| --- |
| **Inbjudna till mötet** |
| Namn/titel/verksamhet | Telefon/e-post |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

När inbjudan är mottagen skickas en bekräftelse till sammankallande. Meddela sammankallande vem/vilka som kommer på mötet senast den­­­­: