**Begäran om samordnad individuell plan**

Begäran om samordnad individuell planering enligt socialtjänstlagen 2 kap 7§ och   
hälso- och sjukvårdslagen 3 f §.

**Jag/vi önskar samordning kring**

|  |  |
| --- | --- |
| Förnamn och efternamn | Personnummer |
| Adress | Postadress   |  | | --- | |  | |
| Telefon (även riktnummer)   |  | | --- | |  | | Mobiltelefon |

**Samtycke**

|  |  |
| --- | --- |
| Jag samtycker till att ni hämtar information från andra myndigheter. | |
| Underskrift | Datum |
| Samtycket gäller tills vidare. | Samtycket gäller under följande period (datum) |

**Syfte**

Upprätta samordnad individuell plan

Uppdatera tidigare samordnad individuell plan

**Jag/vi önskar att följande personer kallas till mötet**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namn | Verksamhet | Funktion eller relation |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Uppgifter om den som fyllt i blanketten**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Funktion eller relation |
| Verksamhet | |
| Adress | Postadress |
| Telefon | E-post  2014-11 |