**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-post2014-11 |