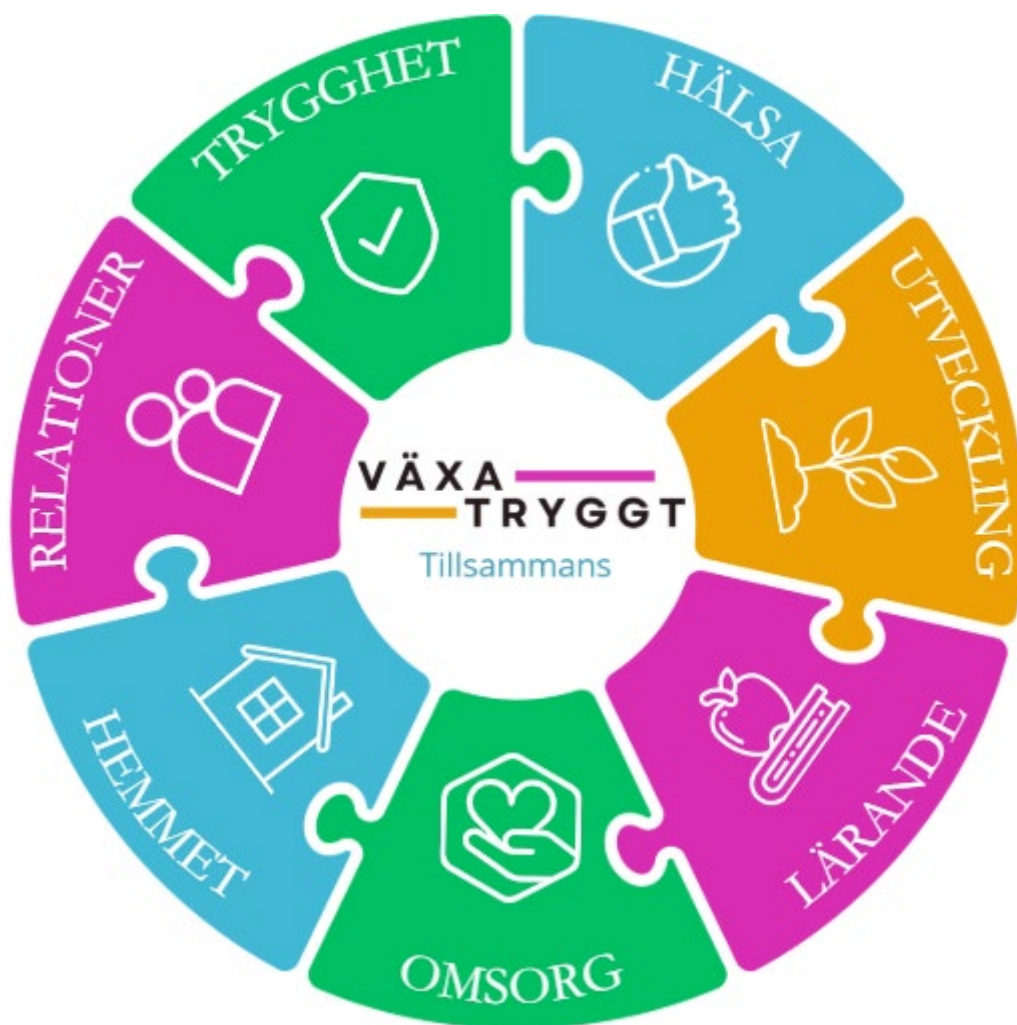




Barnets plan

BARNETS NAMN

Inhämtat skriftligt samtycke

Datum.....

Information om mig

.....
Namn

.....
Personnummer

.....
Min adress

.....
Mitt telefonnummer

.....
Mitt språk (om annat än svenska)

Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2
Namn	Namn
Telefon	Telefon
E-post	E-post
Adress	Adress

Jag bor med

Båda mina föräldrar

Varannan vecka hos varje förälder

Hos ena föräldern

Annat.....

Annan viktig vuxen för mig	Kontaktinformation

Det här är viktigt för mig just nu

Andra som ingår i mitt team

Här är alla som arbetar tillsammans med mig och min familj i den här planen.

Utsedd barnsamordnare:

Namn	E-post	
Verksamhet/avdelning/titel		Telefon

Namn	E-post	
Verksamhet/avdelning/titel		Telefon

Namn	E-post	
Verksamhet/avdelning/titel		Telefon

Namn	E-post	
Verksamhet/avdelning/titel		Telefon

Namn	E-post	
Verksamhet/avdelning/titel		Telefon

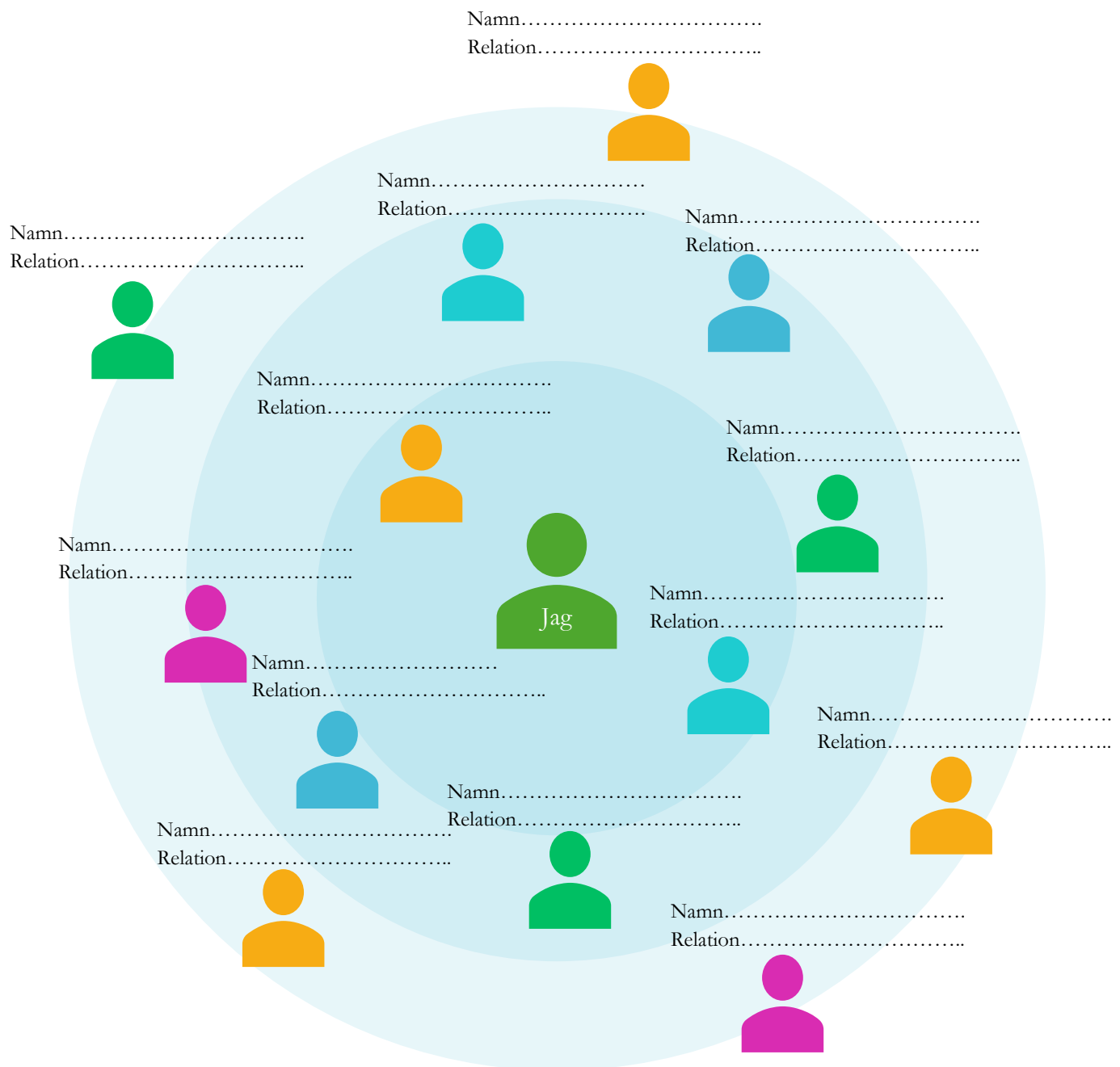
Namn	E-post	
Verksamhet/avdelning/titel		Telefon

Namn	E-post	
Verksamhet/avdelning/titel		Telefon

Namn	E-post	
Verksamhet/avdelning/titel		Telefon

Vilka finns till för mig?

Fyll i namn och relation till dig



Den hjälp jag får nu

Fyll i vilken hjälp som du får just nu och av vem

Pågående insats	
Verksamhet/avdelning	Ansvarig person

Pågående insats	
Verksamhet/avdelning	Ansvarig person

Pågående insats	
Verksamhet/avdelning	Ansvarig person

Pågående insats	
Verksamhet/avdelning	Ansvarig person

Pågående insats	
Verksamhet/avdelning	Ansvarig person

Pågående insats	
Verksamhet/avdelning	Ansvarig person

Pågående insats	
Verksamhet/avdelning	Ansvarig person

Pågående insats	
Verksamhet/avdelning	Ansvarig person

Så här fungerar det för mig



Kommentar

Beskrivning av styrkor och behov

Vi vill ha
hjälp med
det här

	Barnet	Vårdnadshavare	
Jag känner mig trygg hemma, i skolan, med vuxna och kompisar.			
Jag mår bra i kroppen och tankarna, jag orkar med mina dagar.			
Jag får göra saker jag gillar och jag tar ansvar.			
Jag trivs i förskolan/skolan och förstår vad jag ska göra.			
Jag får hjälp, mat, kläder och har någon som bryr sig om hur jag har det.			
Jag trivs hemma, det är lugnt, rent och gör så jag mår bra.			
Jag har vuxna och jämnåriga runt mig som jag tycker om, och som tycker om mig.			

Det här vill jag ändra först. (Barnets prioritering)

Summering: Vilka behov behöver vi arbeta med just nu?

Gemensam beskrivning av barnets behov och situation

Hur är det idag?

Vad är önskat läge?

Vad behöver hända?

TRYGGHET			
HÄLSA			
UTVECKLING			
LÄRANDE			
OMSORG			
HEMMET			
RELATIONER			

Min handlingsplan

Upprättad datum	
Reviderad datum	
Giltig till	
Barnet har varit delaktig	
Utsedd samordnare	

Planens syfte

Område	Mål	Insats	Ansvarig	Tidsplan

Område	Mål	Insats	Ansvarig	Tidsplan

Område	Mål	Insats	Ansvarig	Tidsplan

Område	Mål	Insats	Ansvarig	Tidsplan

Område	Mål	Insats	Ansvarig	Tidsplan

Område	Mål	Insats	Ansvarig	Tidsplan
Område	Mål	Insats	Ansvarig	Tidsplan
Område	Mål	Insats	Ansvarig	Tidsplan
Område	Mål	Insats	Ansvarig	Tidsplan

Tid för uppföljning

Godkännande av planen

..... Vårdnadshavare 1	 Verksamhetsrepresentant
..... Vårdnadshavare 2	 Verksamhetsrepresentant
..... Barnet/den unge	 Verksamhetsrepresentant
..... Verksamhetsrepresentant	 Verksamhetsrepresentant

Planen är likställd med en samordnad individuell plan enligt 10 kap. 8 § Socialtjänstlagen och 16 kap. 4 § Hälso- och sjukvårdslagen.

