



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
Pågående insats		

Namn	E-post	
Verksamhet/avdelning/titel		Telefon
Pågående insats		

Namn	E-post	
Verksamhet/avdelning/titel		Telefon
Pågående insats		

Namn	E-post	
Verksamhet/avdelning/titel		Telefon
Pågående insats		

Namn	E-post	
Verksamhet/avdelning/titel		Telefon
Pågående insats		

Namn	E-post	
Verksamhet/avdelning/titel		Telefon
Pågående insats		

Namn	E-post	
Verksamhet/avdelning/titel		Telefon
Pågående insats		

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

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

<i>Upprättad datum</i>	
<i>Reviderad datum</i>	
<i>Giltig till</i>	
<i>Barnet har varit delaktig</i>	
<i>Utsedd samordnare</i>	

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.

Bilaga – Vilka finns till för mig?

Fyll i namn och relation till dig



Bilaga – Barnsamtal & vårdnadshavarsamtal

Samtal utfört av _____

Datum _____



Stämmer inte alls Stämmer i låg grad Stämmer delvis Stämmer i hög grad Stämmer helt

