

## Samordnare för din SIP

Namn: .....

Kontaktuppgifter: .....

## När ska SIP upprättas?

Dag: .....

Tid: .....

Plats: .....

Deltagande enheter: .....

## Vad händer sen?

Du kommer att få ett exemplar av den samordnade individuella planen (SIP). Mål och aktiviteter som bestämts med dig under mötet kommer att följas upp tillsammans med dig.

## Datum för utvärdering av SIP

.....

# Samordnad Individuell Plan – SIP

*Till dig som bor i Västerbotten och har flera kontakter med hälso- och sjukvård och socialtjänst*



