



Länstyrelsen
Värmland

Samordnad individuell plan vid våld i nära relation

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) 3f § och Socialtjänstlagen (SoL 2001:453) 2 kap. Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2007:10.

Datum: Klicka här för att ange datum.	Ansvarig för SIP-mötet:
Verksamhet:	Avdelning/enhet:
Adress och postadress:	Telefon:

Information om våldsutsatt

Har skyddade personuppgifter:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Sekretessmarkering <input type="checkbox"/> Kvarskrivning <input type="checkbox"/> Kvarskrivning med sekretessmarkering
-------------------------------	---

OBS! Följ särskilda rutiner, skicka ej post till hemadressen!

Namn:	Personnummer:
Adress och postadress:	Förmedlingsadress vid skyddade personuppgifter:
Telefon:	E-post:
Tolkbehov: <input type="checkbox"/> Ja	Språk:



Länsstyrelsen
Värmland

Kort sammanfattning av vad som hänt:

Information om riskbedömning samt brottmålsprocess

Polisanmälan har gjorts:	<input type="checkbox"/> Ja, datum Klicka här för att ange datum. <input type="checkbox"/> Nej
Riskbedömning har gjorts av polis:	<input type="checkbox"/> Ja, datum Klicka här för att ange datum. <input type="checkbox"/> Nej
Riskbedömning har gjorts av socialtjänst:	<input type="checkbox"/> Ja, datum Klicka här för att ange datum. <input type="checkbox"/> Nej
Kontaktförbud:	<input type="checkbox"/> Har utfärdats <input type="checkbox"/> Har avslagits <input type="checkbox"/> Ej ansökt
Våldsutövare har frihetsberövats:	<input type="checkbox"/> Gripen <input type="checkbox"/> Anhållen <input type="checkbox"/> Häktad
Rättsprocessen avslutad:	<input type="checkbox"/> Dom finns: <input type="checkbox"/> Våldsutövaren avtjänar straff på kriminalvårdsanstalt Namn på anstalt: Datum planerad frigivning: Klicka här för att ange datum. <input type="checkbox"/> Våldsutövaren har avtjänat straffet <input type="checkbox"/> Våldsutövaren avtjänar straff på annat sätt:

Information om barn och närstående

Namn barn 1: Personnummer:	<input type="checkbox"/> Enskild vårdnad <input type="checkbox"/> Gemensam vårdnad med våldsutövare <input type="checkbox"/> Annan vårdnadshavare än misstänkt förövare
Namn barn 2:	<input type="checkbox"/> Enskild vårdnad <input type="checkbox"/> Gemensam vårdnad med våldsutövare



Länstyrelsen
Värmland

Personnummer:	<input type="checkbox"/> Annan vårdnadshavare än misstänkt förövare
Namn barn 3: Personnummer:	<input type="checkbox"/> Enskild vårdnad <input type="checkbox"/> Gemensam vårdnad med våldsutövare <input type="checkbox"/> Annan vårdnadshavare än misstänkt förövare
Namn barn 4: Personnummer:	<input type="checkbox"/> Enskild vårdnad <input type="checkbox"/> Gemensam vårdnad med våldsutövare <input type="checkbox"/> Annan vårdnadshavare än misstänkt förövare
Namn barn 5: Personnummer:	<input type="checkbox"/> Enskild vårdnad <input type="checkbox"/> Gemensam vårdnad med våldsutövare <input type="checkbox"/> Annan vårdnadshavare än misstänkt förövare
Övriga barn i familjen: (familjehemsplacerade/kontaktperson för/kontaktfamilj till/styvbarn)	
Civilrättslig process avseende vårdnad, boende och umgänge pågår:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Närstående (namn, relation, adress, telefon/e-post):	

Information om aktuella kontakter

VINR-handläggare/samordnare/socialtjänst Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

Handläggare vuxen/socialtjänst Namn:	E-post:
---	---------



Länsstyrelsen
Värmland

Telefon:	Mobiltelefon:

Handläggare ekonomiskt bistånd/socialtjänst Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

Handläggare barn/socialtjänst Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

Handläggare familjerätt/socialtjänst Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

Handläggare integration/socialtjänst Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

Boendestöd/kontaktperson/socialtjänst Namn:	E-post:
--	---------



Länsstyrelsen
Värmland

Telefon:	Mobiltelefon:

Arbetsgivare/utbildning Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

Handläggare Försäkringskassan Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

Handläggare Arbetsförmedlingen Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

Handläggare Migrationsverket Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

BMM (barnmorskemottagning) Namn:	E-post:
-------------------------------------	---------



Länsstyrelsen
Värmland

Telefon:	Mobiltelefon:
----------	---------------

MVC (mödrahälsovård) Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

Elevhälsa Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

Kontaktperson psykiatri Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

Kurator hälso- och sjukvården Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

Distriktsläkare Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:



Länsstyrelsen
Värmland

--	--

Distriktssköterska Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

Tandvård Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

Förundersökningsledare (polis/åklagare) Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

Utredare polisen Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

Brottsofferstöd/polisen Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:



Länsstyrelsen
Värmland

Personskydd/polisen Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

Målsägandebiträde/juridiskt ombud Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

God man/förvaltare Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

Kriminalvård Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

Övriga (ideell organisation, äldre/LSS- boende, skyddat boende) Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:



Länsstyrelsen
Värmland

Övriga (ideell organisation, äldre/LSS-boende, skyddat boende) Namn:	E-post:
Telefon:	Mobiltelefon:

Behovsinventering

Mitt behov av stöd:
Målsättning:
Kartläggning av hinder för att uppnå målsättningen:
Jag ansvarar själv för:

Behov av insatser

Behov av insatser från socialtjänst (exempelvis kontaktperson vid umgänge):	
Beslutade insatser: 1.	Ansvarig enhet/mottagning:
Beslutade insatser: 2.	Ansvarig enhet/mottagning:
Beslutade insatser: 3.	Ansvarig enhet/mottagning:
Beslutade insatser: 4.	Ansvarig enhet/mottagning:
Beslutade insatser: 5.	Ansvarig enhet/mottagning:



Länsstyrelsen
Värmland

Behov av insatser från hälso- och sjukvård:	
Beslutade insatser: 1.	Ansvarig enhet/mottagning:
Beslutade insatser: 2.	Ansvarig enhet/mottagning:
Beslutade insatser: 3.	Ansvarig enhet/mottagning:
Beslutade insatser: 4.	Ansvarig enhet/mottagning:
Beslutade insatser: 5.	Ansvarig enhet/mottagning:

Behov av insatser från tandvården:	
Beslutade insatser: 1.	Ansvarig enhet/mottagning:
Beslutade insatser: 2.	Ansvarig enhet/mottagning:
Beslutade insatser: 3.	Ansvarig enhet/mottagning:
Beslutade insatser: 4.	Ansvarig enhet/mottagning:
Beslutade insatser: 5.	Ansvarig enhet/mottagning:

Behov av insatser från andra aktörer	
Beslutade insatser: 1.	Ansvarig enhet/mottagning:
Beslutade insatser: 2.	Ansvarig enhet/mottagning:
Beslutade insatser: 3.	Ansvarig enhet/mottagning:



Länstyrelsen
Värmland

Beslutade insatser: 4.	Ansvarig enhet/mottagning:
Beslutade insatser: 5.	Ansvarig enhet/mottagning:

Information om SIP, övrig information samt samtycke

Övrig information som inte tagits upp:	
Datum för upprättande av plan: Klicka här för att ange datum.	<input type="checkbox"/> Detta är en ny plan <input type="checkbox"/> Detta är en uppföljning av tidigare plan
Datum för uppföljning av SIP: Klicka här för att ange datum.	Plats för uppföljning av SIP:
Kallas till uppföljningsmötet:	

Samordningsansvarig är:	Namn:
Befattning:	Arbetsplats:

Jag samtycker till att informationsöverföring gällande mitt ärende sker mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård, polis och övriga aktörer.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
---	---