

ONDERSTEUNINGSPLAN¹

Datum	
--------------	--

CONTACTGEGEVENS

Naam	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
E-mail	

GEZINSLEDEN

Naam	
Geslacht	
Geboortedatum	
Rol in het gezin	
Gezag [bij jeugdige]	
Burgerlijke staat	
Beroep	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoon	
E-mail	

PROCESREGISSEUR

Naam	
Contactgegevens	

BETROKKEN FAMILIE EN VRIENDEN

Naam	Betrokken rol	Mailadres	Telefoonnummer
-------------	----------------------	------------------	-----------------------

¹ Het ondersteuningsplan is het plan wat bij elk 1Gezin1Plan overleg wordt ingevuld of aangevuld. De tekstvelden in het ondersteuningsplan kunnen worden gedupliceerd al naar gelang de informatie die moet worden beschreven. Uitgangspunt is dat dit plan met de klant wordt opgesteld.

BETROKKEN PROFESSIONALS

Naam	Organisatie	Mailadres	Telefoonnummer
<i>Overweeg de betrokkenheid van de volgende betrokkenen: huisarts, jeugdgezondheidszorg, school of dagbesteding, begeleiders/behandelaars bij verstandelijke beperking, verslaving en psychiatrie, casemanagers dementie e.a..</i>			

OVERIGE GEGEVENS (KRUIS AAN WAT VAN TOEPASSING IS):

U/jij heeft toestemming gegeven voor het delen van informatie met betrokkenen	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee	
Er is een signaal in de Verwijsindex Risicjongeren afgegeven	Naam:	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee
	Naam:	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee

INDIEN HET EEN AANVRAAG OF BESCHIKKING BETREFT:

Het woonplaatsbeginsel is gecontroleerd	Naam:	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee
	Naam:	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee
Legitimatie is gecontroleerd	Naam:	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee
	Naam:	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee

AANLEIDING VOOR 1GEZIN1PLAN1REGISSEUR

<i>Wat is de aanleiding, vraag of zorg?</i>	
--	--

KRACHTEN & ZORGEN

Krachten: Wat gaat er goed? <i>Beschrijf wie de kracht omschrijft, wat er goed gaat, indien relevant sinds wanneer het goed gaat en wat de gevolgen voor u/jou of gezinsleden zijn.</i>	
Zorgen: Wat zijn onze zorgen? <i>Beschrijf wie de zorg omschrijft, wat de zorg is, (sinds) wanneer de zorg zich voordoet, wat de (mogelijke) gevolgen voor u/jou of gezinsleden zijn.</i>	

INDIEN RELEVANT: EERDERE HULPVERLENING

Welke hulp is al eerder ingezet en wat was het resultaat? <i>Beschrijf welke hulp door wie en wanneer is ingezet en wat het resultaat is.</i>	
---	--

INTEGRALE ANALYSE

Hoe wordt de gehele situatie gezien? <i>Beschrijf samenhang, patronen en gevolgen.</i>	
--	--

GEWENSTE RESULTAAT

Wat is het gewenste resultaat? <i>Beschrijf het gewenste resultaat.</i>	
---	--

ZORGEN RONDOM BASISZORG EN VEILIGHEID

Zijn er zorgen over basiszorg en/of veiligheid? <i>Indien er zorgen zijn over basiszorg en veiligheid wordt het Veiligheidsplan ingevuld.</i>	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee
---	--

DOELEN & ACTIES

Doel: Wat wilt u/jij bereiken? <i>Formuleer een doel positief, gericht op de toekomst en geef de gewenste situatie of omstandigheid aan. Indien nodig worden meerdere acties beschreven om een doel te behalen.</i>	
---	--

Actie: Wat is nodig? <i>Beschrijf concreet en meetbaar wat er moet gebeuren om het doel te behalen (wie doet wat wanneer).</i>	
Is het doel bereikt?	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Nog niet bereikt

SAMENVATTING

--

PLANNING OVERLEG

Overleg	Datum	Tijd	Locatie