



Ansökan om tilläggsbelopp för barn/elev i behov av extraordinära stödåtgärder

Dnr

1. Uppgifter om ansökan

<input type="checkbox"/> Ny ansökan	<input type="checkbox"/> Förlängning av tidigare ansökan
Huvudman	Förskolechef/rektorer
Om annan huvudman än Härnösands kommun, ange: Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon nr	E-postadress
Ansökan avser verksamhet <input type="checkbox"/> Förskola <input type="checkbox"/> Förskoleklass	<input type="checkbox"/> Grundskola <input type="checkbox"/> Gymnasieskola
<input type="checkbox"/> Grundskola	<input type="checkbox"/> Grundsärskola
<input type="checkbox"/> Gymnasieskola	<input type="checkbox"/> Fritidshem <input type="checkbox"/> Gymnasiesärskola
Ansökan avser perioden <input type="checkbox"/> Vårterminen 20 . .	<input type="checkbox"/> Höstterminen 20 . .
	<input type="checkbox"/> Kalenderåret 20 . .

2. Uppgifter om barn/elev

Förnamn	Efternamn	Person nr (10 siffror)
Barnets förskola	Barnets vistelsetid, timmar/vecka	
Elevens skola	Elevens årskurs samt ev. vistelsetid på fritidshem	
Folkbokföringskommun	Är barnet/eleven familjehemsplacerad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

3. Ansökan avser

<input type="checkbox"/> Assistenthjälp	Omfattning timmar/vecka:
<input type="checkbox"/> Tekniska/kompensatoriska hjälpmedel (specificeras separat)	Kostnad kronor:
<input type="checkbox"/> Anpassning av lokal (specificeras separat)	Kostnad kronor:
<input type="checkbox"/> Annat (specificeras separat)	Kostnad kronor:

4. Anledning till ansökan

Förskolans Barnhälsoteams/Skolans Elevhälsoteams bedömning av barnets/elevens behov

5. Plan för hur sökt tilläggsbelopp ska användas för att stödja barnets/elevens behov

--

6. Kartläggningar/bedömningar som styrker barnets/elevens individuella behov

<input type="checkbox"/> Pedagogisk kartläggning, som ligger till grund för ansökan om tilläggsbelopp (obligatorisk)
<input type="checkbox"/> Sammanfattning av psykologutlåtande, som styrker barnets/elevens behov
<input type="checkbox"/> Medicinska intyg, som styrker barnets/elevens behov
<input type="checkbox"/> Social bedömning, som styrker barnets/elevens behov
<input type="checkbox"/> Utvärdering av plan för sökt och beviljat tilläggsbelopp (använd särskild blankett)
<input type="checkbox"/> Annat. Ange vad:

7. Övriga upplysningar

Information som är av värde för Centrala Elevhälsans bedömningsgrupp i detta ärende

8. Förskolechefs/rektors underskrift

Ort och datum	Förskolechef/rektor
Telefon nr	E-postadress

Ansökan och bilagor skickas till:

Centrala elevhälsans
bedömningsgrupp
Elevhälsosamordnare Anita Lockner
Skolförvaltningen
871 80 Härnösand