



## 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**

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

**7. Övriga upplysningar**

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

**8. Förskolechefes/rektors underskrift**

Ort och datum	Förskolechef/rektor
Telefon nr	E-postadress

**Ansökan och bilagor skickas till:**

Centrala diariet  
Ansökan om tilläggsbelopp  
*Handläggare Eva Claesson*  
Norra Kyrkogatan 3  
871 80 Härnösand