

Ansökan om tilläggsbelopp för barn med omfattande behov av extraordinära stödåtgärder

Enhet

Förskola/Skola		
Förskolechef/Rektor	Telefon	Epost

Ansökan avser barn/elev

Namn	Personnummer
Modersmål	

Ansökan avser <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> HT År:	Vistelsetid timmar/vecka i skolan/fritidshem
---------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

Markera bifogade bilagor

<input type="checkbox"/> Medicinsk utredning/utlåtande <input type="checkbox"/> Psykologisk utredning/utlåtande <input type="checkbox"/> Specialpedagogisk kartläggning <input type="checkbox"/> Social kartläggning <input type="checkbox"/> Aktuellt åtgärdsprogram	<input type="checkbox"/> Barnets/elevens schema för aktuell termin <input type="checkbox"/> Barnets/elevens frånvaro föregående termin <input type="checkbox"/> Utvärdering av tidigare insatser med tilläggsbelopp <input type="checkbox"/> Annat: _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tilläggsbelopp

För ett barn eller en elev som har ett omfattande behov av extra ordinära stödåtgärder finns ett tilläggsbelopp. Tilläggsbelopp (Skollag 8 kap 22 §, 9 kap 23 §, 10 kap 39 §, 25 kap 13 §) avser extraordinära stödåtgärder är individuellt bestämt utifrån barnets eller elevens behov. Tilläggsbelopp medges endast i undantagsfall och efter individuell bedömning. Det går inte att generellt säga att en viss typ av diagnos eller stödbehov ska kompenseras genom tilläggsbelopp.

Utvärdering av tidigare insatser med tilläggsbelopp måste bifogas för att en ansökan för kommande termin ska behandlas.

Analys av barnets/elevens behov, styrkor och svårigheter. Gör även en analys av vilka hinder och möjligheter som finns i barnets/elevens omgivning.	
Beskrivning av särskilt stöd som finansieras av grundbeloppet.	
Beskrivning av extraordinära stödåtgärder som kan finansieras av tilläggsbeloppet.	
Vilken koppling har de extraordinära stödåtgärderna till aktuell forskning? Bekräfta med underlag.	

Ange hur tilläggsbeloppet ska användas

<input type="checkbox"/> Personligt stöd av assistent	Antal timmar/vecka: _____
<input type="checkbox"/> Tekniskt hjälpmedel	Kostnad: _____
<input type="checkbox"/> Anpassning av lokaler	Kostnad: _____
<input type="checkbox"/> Modersmålsundervisning	Antal timmar/vecka: _____
<input type="checkbox"/> Annat: _____	

Förskolechefs/rektors underskrift

Datum
Underskrift
Namnförtydligande

Observera att en ofullständig ansökan inte prövas, utan kommer skickas tillbaka för komplettering.

Ansökan ska skickas till:

Barn- och ungdomsnämnden
Nyköpings kommun
611 83 Nyköping

Beslut (ifylles av beslutsfattande myndighet)

Tilläggsbelopp beviljas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Tilläggsbelopp i kronor	Motivering
Underskrift beslutsfattare		