ANSÖKAN OM TILLÄGGSBELOPP för barn i förskola, med omfattande behov
av särskilt stöd

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Barnets namn | Födelsenummer (år-mån-dag) | Kön |
|  |  |  |
| Vistelsetid/vecka | Stödbehov antal timmar/vecka | Månadslön heltid för stödperson/assistent (exkl PO och sociala avgifter) |
|  |  |  |
| Yrkestitel på stödperson/assistent |
| [ ]  Barnskötare [ ]  Fritidsledare [ ]  Fritidspedagog [ ]  Förskollärare [ ]  Elevassistent[ ]  Undersköterska [ ]  Specialpedagog [ ]  Beteendevetare [ ]  Talpedagog[ ]  Annat, följande:  |
| Datum för insättande av extraordinärt stöd | Söker för period (datum eller termin) |
|  |  |
| Barnet kommer att börja i förskoleklass? I så fall när? |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Förskola | RektorÅrskurs |
|  |  |
| Adress (dit beslut ska skickas)VistelsetidStödbehov antal timmar |
|  |
| Mailadress | Telefonnummer till rektor |
|  |  |
| Kontaktperson/specialpedagog, namn/titelDiarienummer på tidigare beslut |
|  |
| Mailadress | Telefonnummer till kontaktperson |
|  |  |

|  |
| --- |
| 1. Beskriv kortfattat anledningen till ansökan om tilläggsbelopp. *(Inkludera eventuell diagnos)* |
|  |

|  |
| --- |
| 2. Beskriv utförligt barnets funktionsvariationer och vilka konsekvenser dessa får för barnet i förskolan. *(Till exempel genom att beskriva barnets dag på förskolan)* |
|  |

|  |
| --- |
| 3. Vilka särskilda stödinsatser och extra anpassningar har genomförts i barnets förskolesituation  (grundbelopp)? *(På organisationsnivå, på gruppnivå och på individnivå)* Beskriv de anpassningar och de stödåtgärder som genomförts, vad fungerar bättre, vilka behov  kvarstår? Ge exempel |
|  |

|  |
| --- |
| 4. Beskriv barnets ADL-behov  *(till exempel behov och omfattningen av stöd)* |
| vid förflyttning:  |
| vid av- och påklädning:  |
| vid måltider:  |
| vid personlig hygien:  |
| vid toalettbesök:  |

|  |
| --- |
| 5. Om barnet har medicinska behov. *(Till exempel diabetes, epilepsi, astma eller svår allergi)* Bifoga **alltid** senaste egenvårdsplanen. |
| Beskriv barnets behov:  |
| Vilken typ av stöd behöver barnet:  |
| Hur ofta behöver barnet stöd:  |

|  |
| --- |
| 6. Om barnet har psykisk ohälsa. *(Till exempel ångest, depression, tvång, trauma, självskadebeteende, suicidtankar, suicidhandlingar)* |
| Beskriv barnets behov:  |
| Vilken typ av stöd behöver barnet:  |
| Hur ofta behöver barnet stöd:  |

|  |
| --- |
| 7. Om barnet har kognitiva och kommunikativa behov. *(Till exempel orientering i tid och rum, perception, minne,  kommunikation, socialt samspel, koncentration, exekutiva funktioner, inlärningssvårigheter)* |
| Beskriv barnets behov:  |
| Vilken typ av stöd behöver barnet:  |
| Hur ofta behöver barnet stöd:  |

|  |
| --- |
| 8. Vilka extraordinära stödinsatser har satts in (tilläggsbelopp)? *(Beskriv detaljerat, om stödet är en resurs/  vuxenstöd beskriv ytförligt vad hen gör. Om barnet tidigare haft tilläggsbelopp tänk på att utvärdera det stöd som getts och vilka behov som finns kvar.)* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | DatumÅrskurs |
|  |  |
| Underskrift av kontaktperson för ansökan | Underskrift av rektorÅrskurs |
|  |  |

**Bilagor som ska bifogas:**

* Kartläggning
* Uppdaterad handlingsplan
* Senaste egenvårdsplanen (vid medicinska behov)

**Adress dit ansökan ska skickas:**

Barn- och utbildningsförvaltningen
Eskilstuna kommun
631 86 Eskilstuna