



## VARBERGS KOMMUN

# Ansökan om tilläggsbelopp för särskilt stöd

## Fristående verksamhet

Denna blankett ska användas när verksamhet söker tilläggsbelopp för enskilt barn/elev. För att underlätta handläggningen krävs att ni är så tydliga som möjligt i era beskrivningar av det som efterfrågas i ansökan, samt där det är möjligt, bifogar dokument som styrker det som beskrivs.

Läs igenom "Instruktion för ansökan om tilläggsbelopp för särskilt stöd" innan du fyller i ansökan.

### Verksamhet som ansöker om tilläggsbelopp

Namn	Verksamhetsform
Adress	Postadress
Förskolechef/Rektor	Telefon dagtid
E-post	

### Personuppgifter barn/elev

För- och efternamn	Personnummer (10 siffror)
Adress	Postadress
Vistelseidens förläggning i förskola/fritidshem	Antal vistelse timmar i snitt/vecka
Har tilläggsbelopp utgått tidigare för barnet/eleven? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

### Redogör för barnets/elevens behov och förutsättningar i verksamheten

--

### Redogör för vilka tillrättalägganden, anpassningar och/eller särskilt stöd som vidtagits

--

Redogör för vilka extraordinära insatser som ni ser behov av att vidta samt omfattning. För hjälpmedel, lokalanpassning (gäller enbart fristående) etc. Uppge även här omfattning. Beskriv också vad insatsen ska leda till.

--

### Redogör för vilket stöd barnet/eleven får från habilitering eller andra aktörer

--

### Vid förnyad ansökan: Beskriv vilka effekter som uppnåtts med tilldelat tilläggsbelopp

--

Tilläggsbeloppet bedöms i varje enskilt fall utifrån det aktuella barnets/elevens omfattande behov av särskilt stöd avseende extraordinära åtgärder. I bedömningen ingår behovens omfattning, tidsåtgång av insats, ålder, vistelsetid etc.

### Kriterier

Individuell prövning av enskilt barns/elevs omfattande behov av särskilt stöd avseende extraordinära åtgärder inom nedanstående kriterier.

### Vilka kriterier avser ansökan

Förskola och förskoleklass
<input type="checkbox"/> Grava rörelsehinder <input type="checkbox"/> Grav synnedsättning <input type="checkbox"/> Grav hörselnedsättning <input type="checkbox"/> Svår autism/autismspektrumtillstånd <input type="checkbox"/> Utvecklingsstörning <input type="checkbox"/> Tillstånd som bedöms medföra omfattande behov av särskilt stöd utifrån medicinskt svårbehandlade sjukdomar.
Grundskola åk 1-9, och fritidshem
<input type="checkbox"/> Grava rörelsehinder <input type="checkbox"/> Grav synnedsättning <input type="checkbox"/> Grav hörselnedsättning <input type="checkbox"/> Tillstånd som bedöms medföra omfattande behov av särskilt stöd utifrån medicinskt svårbehandlade sjukdomar.

### Dokument som styrker det som beskrivs i ansökan

För förskola och grundskola framgår nedan vilka dokument som ska medfölja ansökan. Markera de dokument som bifogas i ansökan. En ofullständig ansökan kan inte bedömas innan komplettering gjorts.

Förskola
<input type="checkbox"/> Pedagogisk kartläggning (där specialpedagog deltagit i processen)
Grundskola
<input type="checkbox"/> Pedagogisk bedömning från åtgärdsprogram upprättad i EHT (elevhälsoteamet) beslutad av rektor. I de fall det finns upprättade handlingar ska underlaget medfölja ansökan.
Övriga stödjande dokument
<input type="checkbox"/> Om det finns stödjande dokument, utredningar från habilitering, psykolog, läkare etc. kan dessa medfölja

### Underskrift rektor fristående verksamhet

Ort och datum	
Namnsteckning rektor	Namnförtydligande

Ansökan lämnas eller skickas i rekommenderat brev till förskole- och grundskoleförvaltningens kansli:

Varbergs kommun  
Förskole- och grundskoleförvaltningen  
432 80 Varberg