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 | Rektor  Årskurs | |
|  |  | |
| Adress (dit beslut ska skickas)  Vistelsetid  Stödbehov antal timmar | | |
|  | | |
| Mailadress | | Telefonnummer till rektor |
|  | |  |
| Kontaktperson/specialpedagog, namn/titel  Diarienummer 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 | Datum  Årskurs |
|  |  |
| Underskrift av kontaktperson för ansökan | Underskrift av rektor  Årskurs |
|  |  |

**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