ANSÖKAN OM TILLÄGGSBELOPP för elever i grundskolan och gymnasieskolan, med omfattande behov av särskilt stöd

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Elevens namn | | Födelsenummer (år-mån-dag) | Årskurs |
|  | |  |  |
| Kön | Vistelsetid/vecka | | Stödbehov antal timmar/vecka |
|  |  | |  |
| Månadslön heltid för stödperson/assistent (exkl PO och  sociala avgifter) | | Datum för insättande av extraordinärt stöd | |
|  | |  | |
| Yrkestitel på stödperson/assistent | | | |
| Barnskötare  Fritidsledare  Fritidspedagog  Förskollärare  Elevassistent  Undersköterska  Specialpedagog  Beteendevetare  Talpedagog  Annat, följande: | | | |
| Söker för period (datum eller termin) | | | |
| Sfgsf  S  dfg | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Skola | 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 elevens funktionsvariationer och vilka konsekvenser dessa får för eleven i skolan.  *(Till exempel genom att beskriva elevens dag på skolan)* |
|  |

|  |
| --- |
| 3. Vilka särskilda stödinsatser och extra anpassningar har genomförts i elevens skolsituation   (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 utförligt elevens ADL-behov  *(till exempel behov och omfattningen av stöd)* |
| vid förflyttning: |
| vid av- och påklädning: |
| vid måltider: |
| vid personlig hygien: |
| vid toalettbesök: |

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

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

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

|  |
| --- |
| 8. Vilka extraordinära stödinsatser har satts in (tilläggsbelopp)? *(Beskriv insatserna, om insatserna är en  resurs/vuxenstöd beskriv då utförligt vad hen gör. Om eleven 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
* Åtgärdsprogram
* Senaste egenvårdsplanen (vid medicinska behov)

**Adress dit ansökan ska skickas:**

Barn- och utbildningsförvaltningen  
Eskilstuna kommun  
631 86 Eskilstuna