

Stödmaterial för ansökan om tilläggsbelopp för barn i förskola, med omfattande behov av särskilt stöd

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

Här anger du eventuell diagnos eller beskriver kortfattat orsaken till ansökan tex diabetes typ 1, muskelatrofi, autismspektrumsvårigheter, alternativt fysiska funktionssvårigheter, psykiska funktionssvårigheter.

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

Här berättar du om barnets bakgrund och beskriver barnets behov av stöd i förskolan och hur vardagen ser ut för barnet. Hur går det till när barnet kommer till förskolan, hur förflyttar sig barnet, hur går det till vid olika aktiviteter, utevistelse, måltider osv. Beskriv konkreta situationer och ge exempel (inte vilka åtgärder ni genomför = stödåtgärder se fråga 3).

3. Vilka särskilda stödinsatser och extra anpassningar har genomförts i barnets förskolesituation (grundbelopp)? (På organisationsnivå, på gruppnivå och på individnivå). Utvärdera de anpassningar och åtgärder som har gjorts. Datum för utvärdering:

Här beskriver du de anpassningar och de stödåtgärder som redan gjorts i förskolan som organisation (tex miljö, lokaler), i gruppen (tex mindre undervisningsgrupp) och de stödåtgärder som genomförts för barnet (tex AKK, resursperson). Du beskriver vidare utfallet av dessa åtgärder. Vad fungerar bättre? Vilka behov kvarstår? Ge exempel.

4. Beskriv barnets ADL-behov (till exempel behov och omfattningen av stöd).

Vid förflyttning tex: Kan gå obehindrat, behöver stöd för att kunna gå (gånghjälpmedel), behöver levande stöd för att kunna gå, är helt rullstolsburen. Omfattning tex: Aldrig eller någon enstaka gång, en eller två gånger per vecka, en eller två gånger per dag, ett par gånger i timmen.

Vid av- och påklädning tex: Inga svårigheter, klarar sig helt själv, får hjälp med knappar, dragkedja/hjälp att ta fram rätt klädesplagg, måste delvis ha hjälp men deltar aktivt, måste kläs helt. Omfattning tex: Aldrig eller någon enstaka gång, en eller två gånger per vecka, en eller två gånger per dag, ett par gånger i timmen

Vid måltider tex: Äter själv, behöver tillsyn vid måltiderna, behöver tillsyn och hjälp vid måltiderna, måste matas helt. Omfattning tex: Aldrig eller någon enstaka gång, en eller två gånger per vecka, en eller två gånger per dag, ett par gånger i timmen.

Vid personlig hygien tex: Klarar att själv sköta sin personliga hygien, måste ha verbalt stöd, måste ha hjälp i vissa delar med den personliga hygien, måste hjälpas helt. Omfattning tex: Aldrig eller någon enstaka gång, en eller två gånger per vecka, en eller två gånger per dag, ett par gånger i timmen

Vid toalettbesök tex: Klarar toalettbestyr själv, behöver påminnas, behöver stöd vid toalettbestyr, måste hjälpas helt. Omfattning tex: Aldrig eller någon enstaka gång, en eller två gånger per vecka, en eller två gånger per dag, ett par gånger i timmen.

5. Om barnet har medicinska behov.(Till exempel diabetes, epilepsi, astma eller svår allergi)

Bifoga alltid senaste egenvårdsplanen.

Beskriv barnets behov: Beskriv vad eleven behöver hjälp med tex tillförsel av läkemedel.

Omfattning tex: Aldrig eller någon enstaka gång, en eller två gånger per vecka, en eller två gånger per dag, ett par gånger i timmen.

Vilken typ av stöd behöver barnet tex: Klarar sig helt själv, behöver visst stöd ibland, behöver alltid stöd, måste helt utföras av vuxen.

Hur ofta behöver barnet stöd: Aldrig eller någon enstaka gång, en eller två gånger per vecka, en eller två gånger per dag, ett par gånger i timmen.

6. Om barnet har psykisk ohälsa.(Till exempel ångest, depression, tvång, trauma, självskadebeteende, suicidtankar, suicidhandlingar).

Beskriv vad barnet behöver stöd med, tex tillgång till vuxenkontakt vid ångest.

Vilken typ av stöd behöver barnet: Tex behov av att kunna avvika från gruppen för att hantera en ångestattack.

Hur ofta behöver barnet stöd: Aldrig eller någon enstaka gång, en eller två gånger per vecka, en eller två gånger per dag, ett par gånger i timmen.

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: Tex koncentrationsträning (obs ej undervisning).

Vilken typ av stöd behöver barnet: stöd av resurspedagog.

Hur ofta behöver barnet stöd: Aldrig eller någon enstaka gång, en eller två gånger per vecka, en eller två gånger per dag, ett par gånger i timmen.

8. Vilka extraordinära stödinsatser planeras eller har redan satts in (tilläggsbelopp)?

Här presenteras utförligt de ytterligare åtgärder som behövs med utgångspunkt i den utvärdering av redan genomförda åtgärder som angivits under fråga 3.