



Ansökan om tilläggsbelopp för barn med omfattande behov av särskilt stöd - extraordinära stödåtgärder

Ansökan Ny ansökan Förlängd ansökan

Huvudmannens namn	Vistelsetid i timmar/vecka eller årskurs
Ansökan avser <input type="checkbox"/> förskola <input type="checkbox"/> Fritidshem <input type="checkbox"/> grundskola <input type="checkbox"/> gymnasium	
Ansökan avser <input type="checkbox"/> Vårterminen <input type="checkbox"/> Höstterminen År:	(Observera, ansökan görs enbart per termin)
Enhetens namn	Summa enligt tidigare beslut
Adress	Postnummer och ort
Kontaktperson	Telefon
Barnets/elevens namn	Personnummer

Observera att aktuellt åtgärdsprogram ska bifogas

Eventuella utredningar

<input type="checkbox"/> Ja medicinsk utredning bifogas	<input type="checkbox"/> Ja inskickad tidigare	<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Ja psykologisk utredning bifogas	<input type="checkbox"/> Ja inskickad tidigare	<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Ja pedagogisk utredning bifogas	<input type="checkbox"/> Ja inskickad tidigare	<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Ja annan utredning bifogas	<input type="checkbox"/> Ja inskickad tidigare	<input type="checkbox"/> Nej

Ansökan avser

<input type="checkbox"/> Behov av insats enligt bifogat åtgärdsprogram	Omfattning timmar/vecka
<input type="checkbox"/> Tekniska hjälpmedel (beräkningar specificeras i separat bilaga)	Kostnad, kronor
<input type="checkbox"/> Annat, enligt bilaga <input type="checkbox"/> Modersmål	Kostnad, kronor

Bakgrund till ansökan, orsak till att särskilt stöd är uttömt

Beskriv hur grundbeloppet ska användas

(Till exempel stöd i form av extra undervisning, individualiserat lärande, specialpedagogiska insatser, undervisning i särskild grupp).
Tänkta åtgärder, uppnått resultat.

--

Underskrift

Datum	Ort
Underskrift enhetschef	Namnförtydligande

Ansökan skickas till Oxelösunds kommun, Utbildningsförvaltningen, 613 81 Oxelösund