Eskilstuna kommun

Grundskolenämnden
Barn- och utbildningsförvaltningen

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)			

Skola	Rektor
Adress (dit beslut ska skickas)	
Mailadress	Telefonnummer till rektor
Kontaktperson/specialpedagog, namn/titel	
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
Underskrift av kontaktperson för ansökan	Underskrift av rektor

Bilagor som <u>ska</u> bifogas:

- Kartläggning
- Åtgärdsprogram
- Senaste egenvårdsplanen (vid medicinska behov)

Adress dit ansökan ska skickas:

Barn- och utbildningsförvaltningen
Eskilstuna kommun
631 86 Eskilstuna