



Uppgifter om ansökan

<input type="checkbox"/> Ny ansökan	<input type="checkbox"/> Förlängning av tidigare ansökan	
Huvudman	Rektor	
Huvudman		
Utdelningsadress	Telefon	E-post
Ansökan gäller för verksamhet <input type="checkbox"/> Förskola	<input type="checkbox"/> Grundskola	
Ansökan gäller för perioden <input type="checkbox"/> Vårterminen 20 __	<input type="checkbox"/> Höstterminen 20 __	

Uppgifter om barn/elev

Personnummer	Förnamn	Efternamn
Barnets förskola	Barnets vistelsetid, timmar/vecka	
Elevens skola	Elevens årskurs samt ev. vistelsetid på fritidshem	
Folkbokföringskommun	Är barnet/eleven familjehemsplacerad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Har läst igenom riktlinje om tilläggsbelopp inför denna ansökan

Ja

Nej

1. Beskriv barnets/elevers kognitiva och/eller medicinska/fysiska svårigheter.

2. Beskriv barnets/elevers behov som kräver omfattande särskilt stöd, det vill säga extraordinära stödinsatser.

3. Hur har verksamheten tillgodosett barnets/elevers behov av extraordinära stödinsatser? Beskriv barnets/elevers stöd under en dag på förskola, skola/fritidshem.

4. Vilka effekter av insatserna har ni sett?
5. Beskriv hur den fortsatta planeringen för barnet/eleven ser ut.
6. Bedömning av antal timmar/vecka som barnet/eleven ges extraordinärt stöd utöver grundbemanning. Skriv antal timmar per dag och antal dagar per vecka.
7. Om ansökan gäller förlängning, beskriv hur tidigare beviljat tilläggsbelopp har använts.
8. Vilka stödbehov kvarstår?
9. Övrigt av vikt för bedömning av det extraordinära stödbehovet.

Bifoga följande information

Åtgärdsprogram, utredning av barnets/elevens behov av särskilt stöd, egenvårdsplan, läkarintyg, ev. andra utredningar och/eller annat av vikt (om barn/elev når kunskapskraven men har medicinska behov av extraordinära stödinsatser då upprättas inte alltid ett AP men däremot en egenvårdsplan).

Alla bifogade handlingar/dokument är aktuella och i tid relevanta

Ja

Nej

Har bifogat aktuellt åtgärdsprogram

Ja

Nej

Har bifogat aktuell egenvårdsplan

Ja

Nej

När jag skickar in denna blankett samtycker jag till att Härnösands kommun behandlar personuppgifterna enligt Dataskyddsförordningen (GDPR). Mer information finns på: www.harnosand.se/gdpr

Ansökan och bilagor skickas till:

Härnösands kommun
Centraldiariet
Ansökan om tilläggsbelopp
Verksamhetschef elevhälsa
871 80 Härnösand

Om du tycker att kommunen har fattat ett felaktigt beslut kan du överklaga beslutet. Mer information om hur du överklagar finns här: [Överklaga ett beslut - Harnosand.se](http://Overklaga ett beslut - Harnosand.se)

Postadress
871 80 Härnösand

Besöksadress
Johannesbergsg. 3

Tel vx
0611-34 80 00

Organisationsnr
212000-2403

Hemsida
www.harnosand.se

E-post
skolforvaltningen@harnosand.se