



## Ansök om tilläggsbelopp för särskilt stöd

Klicka på "Framåt" för att påbörja ansökan.

### Sökande verksamhet

#### Verksamhet

Verksamhetens namn *	Gatuadress *	
Postnummer * (Se 1)	Ort * (Se 2)	
Telefonnummer * (Se 3)		
Förskolechef/Rektor *	E-postadress *	Telefonnummer * (Se 4)
Kontaktperson	E-postadress	Telefonnummer (Se 5)

Ansökan gäller * (Endast ett val)	Skriv läsår/år *	Ansökan gäller (Endast ett val)
<input type="checkbox"/> Helt läsår		<input type="checkbox"/> Ny ansökan
<input type="checkbox"/> Hösttermin		<input type="checkbox"/> Förlängd ansökan
<input type="checkbox"/> Vårtermin		

#### Barnet/Eleven

Förnamn *	Efternamn *
Personnummer * (Se 6)	
Kön (Endast ett val)	
<input type="checkbox"/> Pojke	
<input type="checkbox"/> Flicka	
Ålder *	Årskurs *



## Kartläggning av stödbehov

1. Beskriv kortfattat anledningen till ansökan (exempelvis eventuell diagnos)
<i>utförligt</i>
2. Beskriv barnets/elevens behov av stöd när det gäller ADL/medicinska behov, psykologiska behov, sociala behov, kommunikativa behov samt stöd vid aktiviteter/undervisning
<i>utförligt</i>
3. Beskriv redan vidtagna åtgärder och resultat av dessa
<i>utförligt</i>
4. Beskriv vilka åtgärder som planeras med hjälp av tilläggsbeloppet
5. Tidigare beslut om stöd summa kronor/månad
6. Barnet/elevens nuvarande vistelsetid, antal timmar per vecka
7. Ansöker om särskilt stöd, antal timmar
8. Ansöker om teknisk utrustning (för ADL, ej datorer)
9. Övrigt önskat stöd
10. Ansöker som summa, kronor

## Ansök om tilläggsbelopp för särskilt stöd

### Bilagor

Ladda upp bilagor Bilagor via post skickas till Utbildningsinspektionen Kommunledningskontoret 631 86 Eskilstuna

Var god skriv ner namnen eller annan identifikation, och beskrivning av de bifogade filer som skickas med ansökan.

Bilagans Namn/ID-nummer	Beskrivning av bilaga
	Bifoga fil
Skickas in via post <input type="checkbox"/>	