



**MARIESTAD**

**Ansökan om tilläggsbelopp för barn och elever  
i behov av extraordinära stödåtgärder**

Förskola, skollagen 8 kap 21-23§§  
Förskoleklass, skollagen 9 kap 19-21§§  
Grundskola, skollagen 10 kap 37-39§§  
Fritidshem, skollagen 14 kap 15-17§§  
Gymnasieskola, skollagen 16 kap 54§, 17 kap 34§, 19 kap 47§

**ANSÖKAN**

Ny ansökan

Förlängd ansökan

Huvudman	Förskolechef/rektor	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
Telefon	E-postadress	
Ansökan avser verksamhet		
<input type="checkbox"/> Förskola <input type="checkbox"/> Förskoleklass <input type="checkbox"/> Grundskola <input type="checkbox"/> Fritidshem		
Ansökan avser perioden: <input type="checkbox"/> Vårterminen <input type="checkbox"/> Höstterminen      År:		
Barnets/elevens namn	Personnummer	
Namn på enhet där barnet/eleven vistas	Vistelseid, timmar/vecka eller årskurs	

**UNDERSKRIFT FÖRSKOLECHEF/REKTOR**

Datum	Ort
Underskrift förskolechef/rektor	
Namnförtydligande	

**BESLUT FATTAT PÅ DELEGATION AV UTBILDNINGSNÄMNDEN**

<input type="checkbox"/> Tilläggsbelopp beviljas ej		
<input type="checkbox"/> Tilläggsbelopp beviljas för tiden;		
<input type="checkbox"/> Förskola	.....	
<input type="checkbox"/> Förskoleklass	.....	
<input type="checkbox"/> Grundskola	.....	
<input type="checkbox"/> Grundsärskola	.....	
<input type="checkbox"/> Fritidshem	.....	
<input type="checkbox"/> Gymnasieskola	.....	
<input type="checkbox"/> Gymnasiesärskola	.....	
Skäl för beslut		
Datum	Underskrift – Beslutsfattare enligt delegation	Namnförtydligande

## BEFINTLIGA UTREDNINGAR, *bifogas*.

Ansökan avser verksamhet	
<input type="checkbox"/> Pedagogisk utredning	<input type="checkbox"/> Medicinsk utredning
<input type="checkbox"/> Psykologisk utredning	<input type="checkbox"/> Psykosocial utredning
<input type="checkbox"/> Aktuellt åtgärdsprogram	<input type="checkbox"/> Annan relevant utredning

## ANSÖKAN AVSER

<input type="checkbox"/> Elevassistent	Omfattning timmar/vecka: .....	Kostnad, kronor:
<input type="checkbox"/> Tekniska hjälpmedel (beräkningar specificeras separat)		Kostnad, kronor:
<input type="checkbox"/> Annat (beräkningar specificeras separat)		Kostnad, kronor:

## KARTLÄGGNING AV STÖDBEHOV (om ej tillräckligt utrymme, v g bifoga bilaga)

Beskriv, med konkreta exempel, barnets/elevens behov av stöd

Beskriv, med konkreta exempel, i vilka miljöer som stödbehovet uppstår

Ange vilka stödfunktioner, i form av till exempel elevhälsa, som har kontaktats eller anlitats

Beskriv, med konkreta exempel, hittills prövade/pågående insatser, målet med dessa samt utvärdering och analys

Beskriv hur varaktigt behovet är

Beskriv insatser, och mål med dessa, som ska genomföras med tilläggsbeloppet

SKICKA BLANKETTEN TILL

**Sektor utbildning**

**542 86 Mariestad**

Anvisning:

Blanketten diarieförs hos sektor utbildning, Mariestads kommun

Personuppgifterna i ansökan behandlas i enlighet med Dataskyddsförordningen. Informationen lagras och bearbetas i register med hjälp av IT för administrativa ändamål. Du har rätt att begära utdrag och rättelser. Personuppgiftsansvarig är utbildningsnämnden, Mariestads kommun.