

**Ansökan om tilläggsbelopp**

Läsåret _____/_____

I *Riktlinjer för tilläggsbelopp* hittar du information om tilläggsbelopp. Dokumentet finns[Elevhälsa - Strängnäs kommun \(strangnas.se\)](http://www.strangnas.se)<https://www.strangnas.se/sv/Kommun-och-politik/forfattningssamling/>

Barnet/elevens namn	Fullständigt personnummer
Förskola/skola	Avdelning/klass
Total vistelsetid i förskola/skola/fritidshem _____tim/vecka	Ansökan avser HT _____ VT _____
Barnet/eleven är folkbokförd i Strängnäs kommun Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	

Enhetens namn	Ansvar	Ändamål	Aktivitet 704
Enhetens adress			

Chef/Rektor	Telefon
Skolans adress	

Kompetenser inom elevhälsan som har medverkat i denna ansökan

Markera med (X)	Profession/namn
<input type="checkbox"/>	Specialpedagog/speciallärare:
<input type="checkbox"/>	Skolpsykolog:
<input type="checkbox"/>	Skolkurator:
<input type="checkbox"/>	Skolsköterska:
<input type="checkbox"/>	Skolläkare:

**En kortfattad sammanställning**

Sammanfattning av barnets/elevens behov:

Beskrivning och utvärdering av åtgärder, extra anpassningar och särskilt stöd

Extra anpassningar:

Särskilt stöd:

Resultat av utvärdering:

Beskriv vilka extra ordinära insatser ni bedömer att barnet/eleven behöver. Ange även omfattning (timmar/vecka) samt kostnadsberäkning:

Bifoga dokumentation som styrker behovet

Handlingsplan/ åtgärdsprogram inkl utvärderingar	Bilaga nr:
Pedagogisk kartläggning	Bilaga nr:
Medicinska, sociala, psykologiska underlag	Bilaga nr:
Uppföljning - Använd separat blankett	Bilaga nr:

Datum

Skicka ansökan till

Strängnäs kommun
Utbildningskontoret, Registrator
645 80 Strängnäs

Underskrift ansvarig chef/rektor

Reviderad 2024-08-28