

Ansökan ersättningsbelopp för extraordinära stödåtgärder

Ansökan avser <input type="checkbox"/> Vt <input type="checkbox"/> Ht År:	
Skolans namn	
Program	
Kontaktperson	Telefon
Elevens namn	Personnummer
Åtgärdsprogram finns <input type="checkbox"/> Ja, bifogas <input type="checkbox"/> Nej	

Eventuella utredningar (ska endast bifogas om inte stödbehovet framkommer av åtgärdsprogram eller om åtgärdsprogram inte upprättats)

Medicinsk	<input type="checkbox"/> Ja, bifogas	<input type="checkbox"/> Nej
Psykologisk	<input type="checkbox"/> Ja, bifogas	<input type="checkbox"/> Nej
Specialpedagogisk	<input type="checkbox"/> Ja, bifogas	<input type="checkbox"/> Nej
Social	<input type="checkbox"/> Ja, bifogas	<input type="checkbox"/> Nej
Annan	<input type="checkbox"/> Ja, bifogas	<input type="checkbox"/> Nej

Ansökan avser

<input type="checkbox"/> Assistentstöd	Omfattning, del av tjänst och vilken befattning som avses
<input type="checkbox"/> Kompensatoriska hjälpmedel (beräkningar specificeras i separat bilaga)	Kostnad, kronor
<input type="checkbox"/> Annat, anges nedan (beräkningar specificeras i separat bilaga)	Kostnad, kronor

Eventuella kommentarer

Elevens svårigheter samt vad assistenten ska hjälpa eleven med, viktigt att insatserna beskrivs som att de inte har koppling till undervisningen. Alltså inte stöd, hjälp i skolarbete utan exempelvis hjälp i sociala situationer, hitta/lokalisera sig på skolan, stöd i matsalen och liknande.
--

Vårdnadshavare eller myndig elev är informerad om ansökan Ja Nej

Underskrift

Datum	Ort
Underskrift Rektor	
Namnförtydligande	

Beslut

Ansökan om tilläggsbelopp	
<input type="checkbox"/> Avslås	<input type="checkbox"/> Beviljas för sökt termin med kr
Datum	Underskrift Hemkommunen av behörig

Beslut återsändes till:

Hulebäcksgymnasiet

Expedition

Idrottsvägen 2

435 35 MÖLNLYCKE