



FINSPÅNG

## Förskola

### Ansökan om tilläggsbelopp för barn med omfattande behov av särskilt stöd - extraordinära stödåtgärder

OBS! Fyll i blanketten med hjälp av dator!

**Ansökan**  Ny ansökan  Förlängd ansökan

Huvudmannens namn	Organisationsnummer
Ansökan avser <input type="checkbox"/> Vt <input type="checkbox"/> Ht År:	Vistelsetid timmar/vecka
Förskolans namn	Tidigare beslut timmar/vecka
Adress	Postnummer och ort
Kontaktperson	Telefon
Barnets namn	Personnummer
Handlingsplan finns <input type="checkbox"/> Ja, bifogas	

#### Eventuella utredningar

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

#### Ansökan avser

<input type="checkbox"/> Behov av insats enligt handlingsplan	Omfattning timmar/vecka
<input type="checkbox"/> Tekniska hjälpmedel (specificeras i separat bilaga)	Kostnad, kronor
<input type="checkbox"/> Annat, anges nedan (specificeras i separat bilaga)	Kostnad, kronor

#### Eventuella kommentarer

--



F I N S P Å N G

## Förskola

Ansökan om tilläggsbelopp för barn med omfattande behov av särskilt stöd - extraordinära stödåtgärder

### Underskrift

Datum	Ort
Förskolechefs underskrift	
Namnförtydligande	Telefon

**Ansökan skickas till Sektor barn-och ungdom, 612 80 Finspångs kommun**

### BESLUT

<input type="checkbox"/> Ansökan tillstyrkes from .....
<input type="checkbox"/> Ansökan tillstyrkes inte enligt nedanstående motivering
<input type="checkbox"/> Ansökan avslås/tillstyrkes delvis enligt nedanstående motivering

Datum	Ort
Barn och ungdomschefs underskrift	
Namnförtydligande	Telefon