



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

**Ansökan**  Ny ansökan  Förlängd ansökan

Huvudmannens namn	Vistelsetid i timmar/vecka eller årskurs
Ansökan avser <input type="checkbox"/> förskola <input type="checkbox"/> Skolbarnsomsorg <input type="checkbox"/> grundskola <input type="checkbox"/> gymnasium	
Ansökan avser <input type="checkbox"/> Vårterminen <input type="checkbox"/> Höstterminen År:	<b>(Observera, ansökan görs enbart per termin)</b>
Enhetens namn	Summa enligt tidigare beslut
Adress	Postnummer och ort
Kontaktperson	Telefon
Barnets/elevens namn	Personnummer

**Observera att åtgärdsprogram ska bifogas**

### Eventuella utredningar

<input type="checkbox"/> Ja medicinsk utredning bifogas	<input type="checkbox"/> Ja inskickad tidigare	<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Ja psykologisk utredning bifogas	<input type="checkbox"/> Ja inskickad tidigare	<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Ja pedagogisk utredning bifogas	<input type="checkbox"/> Ja inskickad tidigare	<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Ja annan utredning bifogas	<input type="checkbox"/> Ja inskickad tidigare	<input type="checkbox"/> Nej

### Ansökan avser

<input type="checkbox"/> Behov av insats enligt bifogat åtgärdsprogram	Omfattning timmar/vecka
<input type="checkbox"/> Tekniska hjälpmedel (beräkningar specificeras i separat bilaga)	Kostnad, kronor
<input type="checkbox"/> Annat, enligt bilaga <input type="checkbox"/> Modersmål	Kostnad, kronor

### Eventuella kommentarer

------------------

### Beskriv hur grundbeloppet har använts

(till exempel stöd i form av extra undervisning, individualiserat lärande, specialpedagogiska insatser, undervisning i särskild grupp).

----------------------------------

### Underskrift

Datum	Ort
Underskrift enhetschef	Namnförtydligande

**Ansökan skickas till Oxelösunds kommun, Utbildningsförvaltningen, 613 81 Oxelösund**