**Ansökan om tilläggsbelopp för elever med omfattande behov av särskilt stöd - extraordinära stödåtgärder - blankett**

Endast elever på nationella program och IMV i fristående gymnasieskola

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Skola som söker:Skola. | Program: Program. | Telefon: Telefon/Mobil. |
| Läsår/Termin: Läsår/Termin. | Årskurs:Årskurs. | E-post:E-post. |
| Elevens namn:Namn. | Elevens personnummer:ååmmdd-xxxx. | Kontaktperson:Kontaktperson. |

|  |
| --- |
| **Vilka behov av extraordinärt stöd har eleven i verksamheten?**Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Vilka åtgärder för särskilt stöd har skolan prövat inom ramen för grundbeloppet?Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Hur ska behoven av extraordinärt stöd tillgodoses i verksamheten?Klicka eller tryck här för att ange text. |
| Vad kostar det att tillgodose elevens behov?Klicka eller tryck här för att ange text. |

Typ av extraordinärt stöd som söks

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Personalresurs | Omfattning i timmar per vecka samt kostnadTimmar/vecka och kostnad i kr. |
| [ ] Tekniska hjälpmedel (beräkning enligt bilaga) | Beräknad kostnad i kronorKostnad i kr. |
| [ ]  Annat, ange vad i bilaga. Till exempel anpassning av skollokal | Beräknad kostnad i kronor Kostnad i kr. |

**Utredningar som styrker det individuella behovet**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  medicinsk bedömning |  |  |
| [ ]  pedagogisk bedömning |  |  |
| [ ]  psykologisk bedömning |  |  |
| [ ]  social bedömning |  |  |
| [ ]  åtgärdsprogram och utvärdering av åtgärdsprogram |  |  |
| [ ]  uppföljning av tidigare tilläggsbelopp[ ]  studieplan för eleven[ ]  veckoschema för eleven[ ]  Annat: |  |  |

Datum: Klicka eller tryck här för att ange datum.

Rektors underskrift: Namnförtydligande:

 Klicka eller tryck här för att ange text.

**Ansökan skickas till:**

Kalmarsunds gymnasieförbund, Roger Tordhall, Box 865, 391 28 Kalmar

**BESLUT**

|  |  |
| --- | --- |
| Beslut/beviljat belopp | Beslut/motivering |
| [ ]  **Tilläggsbelopp beviljas**[ ]  **Tilläggsbelopp beviljas delvis**Belopp som beviljasKostnad i kr | [ ]  **Tilläggsbelopp beviljas ej** |
| [ ]  **Insatserna bedöms ligga inom ramen för grundbeloppet** |
| Datum | Underskrift beslutsfattare | Namnförtydligande |
| Klicka eller tryck här för att ange datum. |  | Namnförtydligande. |