**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 kronor  Kostnad 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 beviljas  Kostnad 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. |