

**Ansökan om tilläggsbelopp**

Läsåret \_\_\_\_/\_\_\_\_

I *Riktlinjer för tilläggsbelopp* hittar du information om tilläggsbelopp. Dokumentet finns på <https://www.strangnas.se/sv/Kommun-och-politik/forfattningssamling/>

Barnet/elevens namn	Personnummer
Förskola/skola	Avdelning/klass
Placeringsstid i förskola/fritidshem ____tim/vecka	Ansökan avser HT 20____ VT 20____

Enhetens namn	Ansvar	Ändamål	Aktivitet 704
Enhetens adress			
Ny förskola/skola nästa termin?	Ansvar	Ändamål	Aktivitet 704

Chef/Rektor	Telefon
Skolans adress	

**Kompetenser inom elevhälsan som har medverkat i denna ansökan**

Markera med (X)	Profession/namn
	Specialpedagog/speciallärare:
	Skolpsykolog:
	Skolkurator:
	Skolsköterska:
	Skolläkare:



### En kortfattad sammanställning

Sammanfattning av barnets/elevens behov:

### Beskrivning och utvärdering av åtgärder, extra anpassningar och särskilt stöd

Extra anpassningar

Särskilt stöd

Resultat av utvärdering

Vilka extra ordinära insatser bedömer ni att barnet/eleven behöver? Vilken kostnadsbedömning gör ni?

### Bifoga dokumentation som styrker behovet

Handlingsplan/ åtgärdsprogram inkl utvärderingar	Bilaga nr:
Pedagogiskt kartläggning	Bilaga nr:
Medicinska, sociala, psykologiska underlag	Bilaga nr:
Uppföljning - Använd separat blankett	Bilaga nr:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift ansvarig chef/ rektor

### Skicka ansökan till

Strängnäs kommun  
Utbildningskontoret, Registrator  
Nygatan 10  
645 80 Strängnäs