

Ansökan om tilläggsbelopp/bidrag till verksamhetsstöd - gymnasieskola

**Ansökan gäller**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hösttermin år: | <input type="checkbox"/> Vårtermin år: |
|---|--|

|                      |              |
|----------------------|--------------|
| Ansökande skola      |              |
| Rektor               |              |
| Elevens namn         | Personnummer |
| Folkbokföringskommun | Årskurs      |
| Program:             |              |

**Beskrivning av elevens svårigheter, behov och situation i skolan**

**Bakgrund**, t.ex. skolbyten, sjukdomsperioder, insatser från andra myndigheter

**Närvaro**, beskriv elevens nuvarande och tidigare frånvaro i procent

**Socialt samspel**, hur fungerar eleven med andra i sin omgivning?

**Beteende**, i vilka situationer och på vilket sätt yttrar sig elevens svårigheter?

**Vardagssituationer**, hur fungerar eleven i vardagssituationer?  
t.ex. mat, toalett, på- och avklädning, hitta i lokalerna, ta sig till och från skolan.

**Kunskapsutvecklingen**, beskriv hur elevens kunskaper och förmågor utvecklas i riktning mot kunskapsmålen/kunskapskraven i läroplanen. Beskriv elevens styrkor och svagheter.

**Eventuell funktionsnedsättning**, har eleven en diagnos? I så fall, var och när utreddes eleven? Om relevant bifoga utredning. Vid medicinsk diagnos bifoga egenvårdplan.

**B. Beskrivning av hur verksamheten för i skolan är organiserad på grupp- och skolnivå**

Ange klass/gruppstorlek, antal lärare, antal specialpedagoger/speciallärare, övrig personal i verksamheten

**C. Beskriv tidigare insatser**

**Extra anpassningar**

**Beslutat särskilt stöd**

**Resultat av utvärdering**, senaste utvärderingen av särskilt stöd bifogas alltid

**D. Rektors motivering till ansökan om tilläggsbelopp/bidrag till verksamhetsstöd**

Gör en noggrann beskrivning av de beslut som fattats om stödinsatser, som ni anser går utöver vad som täcks av grundbeloppet. Det ska framgå på vilket sätt och i vilken omfattning eleven får detta stöd. (Åtgärdsprogram och eventuellt beslut om anpassad studiegång, enskild undervisning och SU-grupp bifogas alltid. För ny elev bifogas handlingsplan).

|  |             |
|--|-------------|
| Kompetenser inom elevhälsan som har samverkat i utredning och/eller med insatser kring eleven. | <b>Namn</b> |
| <input type="checkbox"/> Specialpedagog/<br>Speciallärare<br>(ifylls alltid)                   |             |
| <input type="checkbox"/> Skolpsykolog  |             |
| <input type="checkbox"/> Skolkurator   |             |
| <input type="checkbox"/> Skolsköterska   |             |
| <input type="checkbox"/> Skolläkare  |             |

**Beräknade kostnader**

Ange vilken/vilka de extraordinära insatserna är och ange den beräknade kostnaden:

Datum samt Underskrift av rektor

Blanketten skickas till: Gnesta kommun, Barn- och utbildningskontoret, 646 80 Gnesta