|  |  |
| --- | --- |
| Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion Alters- und Behindertenamt Rathausgasse 1Postfach3000 Bern 8+41 31 633 42 83 (Telefon)+41 31 633 40 19 (Telefax)info.alba@be.chwww.be.ch/gsi | GSI-ALBA, Rathausgasse 1, Postfach, 3000 Bern 8 |
| **‍**Alters- und BehindertenamtFachstelle sonderpädagogische MassnahmenAdministration LogopädieRathausgasse 1Postfach3000 Bern 8 |
| Abteilung Kinder/Jugendliche & ErwachseneFachstelle sonderpädagogische MassnahmenAdministration Logopädie+41 31 636 43 84 (Telefon)info.logopaedie.alba@be.ch |
|  |

Gesuch um Übernahme der Kosten für pädagogisch-therapeutische Massnahmen (Logopädie) für Kinder und Jugendliche gemäss Verordnung vom 8. Mai 2013 über die sonderpädagogischen Massnahmen (SPMV; BSG 432.281) durch den Kanton

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Erstmaliges Gesuch um Kostengutsprache | [ ]  Gesuch um …. Verlängerung der Kostengutsprache |

*Die* ***Felder 1a und 1b*** *(Personalien) sind durch die gesetzliche Vertretung auszufüllen.*

|  |
| --- |
| 1. a) Personalien des Kindes oder der/des Jugendlichen
 |
| Name | ….  | Vorname | ….  |
| Strasse | ….  | PLZ | ….  | Ort | ….  |
| Telefon-Nr. | ….  |  |
| Geschlecht | [ ]  männlich | [ ]  weiblich | Geburtsdatum | ….  |
| Heimatort | ….  | Staatsangehörigkeit | ….  |
| Kindergartenjahr/Schuljahr | ….  | Kindergarten/Schule/ Sonderschule und Ort | ….  |

|  |
| --- |
| 1. b) Personalien der gesetzlichen Vertretung des Kindes oder der/des Jugendlichen
 |
| Name | ….  | Vorname | ….  |
| falls nicht identisch mit 1. a) |
| Strasse | ….  | PLZ | ….  | Ort | ….  |
| Telefon-Nr. | ….  | Staatsangehörigkeit | ….  |
| Mobile-Nr. | ….  | E-Mail | ….  |
| [ ]  **Antrag auf Entschädigung der Transportkosten** *(Das Abrechnungsformular wird mit der Kopie der bewilligten Kostengutsprache zugestellt)* |
| Name und Adresse der Bank | ….  |
| IBAN-Nr.der gesetzlichen Vertretung | ….  |
| PC-Konto-Nr.der gesetzlichen Vertretung | ….  |
| **Die gesetzliche Vertretung nimmt mit ihrer Unterschrift zustimmend zur Kenntnis, dass dem Gesuch Berichte von konsultierten Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten und Fachstellen beizulegen sind und dass die Bewilligungsbehörde zur Prüfung der Anspruchsberechtigung die für die Gesuchsbeurteilung erforderlichen weiteren Unterlagen, Auskünfte und Personendaten bei Behörden, den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten und Fachstellen einholen kann.** |
| Datum ….  | Unterschrift ….  |

*Die gesetzliche Vertretung wird gebeten, das Formular mit den vollständig ausgefüllten Feldern 1a und 1b einer kantonalen Erziehungsberatungsstelle, der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Poliklinik oder einer anderen Abklärungsstelle (z.B. Inselspital Bern, Z.E.N. Biel) oder einer Logopädin, einem Logopäden, einer Legasthenietherapeutin, einem Legasthenietherapeuten zuzustellen.*

***Feld 2*** *kann durch eine Logopädin, einen Logopäden, eine Legasthenietherapeutin, einen Legasthenietherapeuten ausgefüllt und mit einem Fachbericht an eine Abklärungsstelle weitergeleitet werden.*

|  |
| --- |
| 1. Fachspezifische Beurteilung im Bereich [ ]  Logopädie [ ]  Legasthenie
 |
| Name | ….  | Vorname | ….  |
| Strasse | ….  | PLZ | ….  | Ort | ….  |
| Telefon-Nr. | Fix: …. Mobile ….  | E-Mail | ….  |
| [ ]  **A**) selbstständig erwerbend (Abrechnung gemäss Tarif A) | [ ]  **B**) unselbstständig erwerbend (Abrechnung gemäss Tarif B) |
| Falls **B**: | Anstellung in folgenden Gemeinden |  |
| …. ….  | Anzahl aktuelle Anstellungslektionen gemäss PERSISKA …. Anzahl aktuelle Lektionen/Stunden gemäss Tarif B ….  |
| Ergebnis der fach-spezifischen Beurteilung | ….  |
| Beilage: Fachbericht vom ….  | Datum ….  | Unterschrift ….  |

***Feld 3*** *ist durch eine Abklärungsstelle auszufüllen und an das Alters- und Behindertenamt weiterzuleiten.*

|  |
| --- |
| 1. Antrag der Abklärungsstelle auf [ ]  Bewilligung [ ]  Ablehnung der Kostengutsprache
 |
| Name, Adresse (Stempel) | Telefon | ….  |
| Fax | ….  |
| E-Mail | ….  |
| zuständige Person | ….  | Telefon | ….  |
| **Diagnose** | [ ]  Aufgrund des Fachberichts | [ ]  Aufgrund einer Konsultation | Datum letzte Konsult.: ….  |
|  | ….  |
|  | ….  | Ausprägung: [ ]  mittelschwer [ ]  schwer |
| Bisheriger Spezialunterricht im Kindergarten/in der Volksschule: [ ]  kein [ ]  …. Jahre (Art des SpU) ….  |
| **Antrag auf Kostengutsprache** | vom | ….  | bis | ….  |
| [ ]  | Wöchentlich | [ ]  14-täglich | ….  | Stunde/n | ….  | Lektion/en |
|  | allfällige Präzisierung |
| [ ]  | Behandlung in Gruppe | [ ]  Behandlung im Einzelunterricht | [ ]  Behandlung teilweise im Einzelunterricht und teilweise in Gruppe |
| [ ]  | Behandlung in selbstst. Tätigkeit (Tarif A) | bei | ….  |
| [ ]  | Behandlung in unselbstst. Tätigkeit (Tarif B) |  | ….  |
| [ ]  | ja, dies ist die nächstgelegene geeignete und verfügbare Durchführungsstelle *(Massgebend zur Berechnung der Transportkosten)*  |
| [ ]  | nein, die nächstgelegene geeignete Durchführungsstelle befindet sich in (Ort) ….  |
| [ ]  | **Kosten für fachspezif. Beurt. und Fachbericht** | CHF | ….  | vergüten an Frau/Herrn | ….  |
| [ ]  | **Kosten für Abklärung und Abklärungsbericht** | CHF | ….  | vergüten an Abklärungsstelle | ….  |
| [ ]  |  | CHF | ….  | vergüten an involvierte Fachperson\* Name | ….  |
|  | **Total** | **CHF** | **….**  | *\*) Auszahlungsadresse angeben:* ….  |
| Bemerkungen | ….  |
| Datum ….  | Unterschrift ….  |
| ***Hinweis: Die Übergabe der Logopädie-Therapie in den Spezialunterricht der Volksschule oder der Wechsel des Kindes oder Jugendlichen von der Regelschule in eine Sonderschule ist der Bewilligungsbehörde umgehend zu melden.*** |