|  |  |
| --- | --- |
| Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion  Amt für Integration und Soziales      Rathausplatz 1 Postfach 3000 Bern 8 +41 31 633 78 11 info.ais.gsi@be.ch www.be.ch/gsi | GSI-AIS, Rathausplatz 1, Postfach, 3000 Bern 8 |
| ​ Blindenschule Zollikofen Kompetenzzentrum für Sehförderung Heilpädagogische Früherziehung Kirchlindachstrasse 49 3052 Zollikofen |
|  |

**pädagogisch – therapeutische Massnahmen**

**Gesuch um heilpädagogische Früherziehung für blinde und sehbehinderte Kinder**

|  |  |
| --- | --- |
| Erstgesuch | Verlängerung |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Personalien des Kindes** | | | | | | |
| Name | …. | | Vorname | …. | | |
| Strasse | …. | | PLZ | …. | Ort | …. |
| Geschlecht | männlich | weiblich | Geburtsdatum …. | | | |
| AHV-Versicherungsnummer | | …. | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. a) Personalien der gesetzlichen Vertretung** (obligatorisch) | | | | | | |
| Name | …. | | Vorname | …. | | |
| Strasse | …. | | PLZ | …. | Ort | …. |
| Geschlecht | ☐ männlich | weiblich | …. | | | |
| Telefon-Nr. | …. | | E-Mail | …. | | |
| Familiensprache | | …. | | | | |
| **Ort/Datum/Unterschrift** | |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Besteht eine Beistandschaft?** | Ja (Ernennungsurkunde beilegen)  Nein |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. b) Personalien der gesetzlichen Vertretung** (fakultativ) | | | | | | |
| Name | …. | | Vorname | …. | | |
| Strasse | …. | | PLZ | …. | Ort | …. |
| Geschlecht | ☐ männlich | weiblich |  | …. | | |
| Telefon-Nr. | …. | | E-Mail | …. | | |
| **Ort/Datum/Unterschrift** | |  | | | | |

***Die gesetzliche Vertretung wird gebeten, das ausgefüllte Formular einer Abklärungsstelle (Orthoptik, Augenarzt, Neuropädiater) zuzustellen.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Antrag der Abklärungsstelle** | | | | |
| Name, Adresse (Stempel) ….  ***Bei einem Erstgesuch ist diesem Gesuch ein Bericht der Abklärungsstelle beizulegen.*** | | | Telefon-Nr. | …. |
| E-Mail | …. |
| zuständige Person | …. | | Telefon-Nr. | …. |
| **Status des Kindes** | Aktuell ist das Kind noch nicht in die 1. Klasse eingetreten | | | | |
| **Bedarfsermittlung** | Aufgrund einer Konsultation | Aufgrund eines Berichtes der heilpädagogischen Früherzieherin | | |
| **letzte Konsultation** | Datum: | | | |
| **Antrag** | 2 Jahre 1 – 2 Stunden pro Woche  1 Jahr 1 – 2 Stunden pro Woche  anderes:  Beginn: | | | |
| **Bemerkungen** | ….  ….  …. | | | |
| **Ort/Datum**  **Unterschrift** |  | | | |

* ***Das Gesuch ist der Blindenschule Zollikofen, Kompetenzzentrum für Sehförderung, Heilpädagogische Früherziehung, Kirchlindachstrasse 49, 3052 Zollikofen zuzustellen.***
* ***Der Anspruch entsteht frühestens zum Zeitpunkt der Gesuchseinreichung***
* ***Beilage: Bericht der Abklärungsstelle***