|  |  |
| --- | --- |
| Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion Amt für Integration und Soziales  Rathausplatz 1Postfach3000 Bern 8+41 31 633 78 11info.ais.gsi@be.chwww.be.ch/gsi | GSI-AIS, Rathausplatz 1, Postfach, 3000 Bern 8 |
| ​Blindenschule ZollikofenKompetenzzentrum für SehförderungHeilpädagogische FrüherziehungKirchlindachstrasse 493052 Zollikofen |
|  |

**pädagogisch – therapeutische Massnahmen**

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

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Erstgesuch  | [ ]  Verlängerung |

|  |
| --- |
| 1. **Personalien des Kindes**
 |
| Name | …. | Vorname | …. |
| Strasse, Nr. | …. | PLZ | …. | Ort | …. |
| Geschlecht | [ ]  männlich | [ ]  weiblich | Geburtsdatum …. |  |
| AHV-Nummer | …. |

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

***Die gesetzliche Vertretung wird gebeten, das ausgefüllte Formular einer Abklärungsstelle (Orthoptik, Augenarzt/Augenärztin, Neuropädiater/Neuropädiaterin) 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 |
| **Datum der letzten Konsultation** |  |
| **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***