|  |  |
| --- | --- |
| Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion  Amt für Integration und Soziales    Rathausgasse 1 Postfach 3000 Bern 8 +41 31 633 78 11 info.ais.gsi@be.ch www.be.ch/gsi | GSI-AIS, Rathausgasse 1, Postfach, 3000 Bern 8 |
| **‍**Amt für Integration und Soziales Abteilung Familie und Gesellschaft / ptM Rathausgasse 1 Postfach 3000 Bern 8 |
| +41 31 636 43 84  ptmassnahmen@be.ch |
|  |

pädagogisch - therapeutische Massnahmen

**Gesuch um Übernahme der Kosten für Früherziehung**

gemäss der Verordnung vom 24. November 2021 über die Leistungsangebote der Familien-, Kinder- und Jugendförderung (FKJV ; BSG 860.22)

**Bitte deutlich schreiben!**

|  |  |
| --- | --- |
| Erstmaliges Gesuch um Kostengutsprache | Gesuch um …............... Verlängerung der Kostengutsprache |
|  |  |
| Besteht eine Anmeldung beim Früherziehungsdienst Bern  ja  nein | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Personalien | | | | | | |
| a) des Kindes | | | | | | |
| Name | …. | | Vorname | …. | | |
| Strasse | …. | | PLZ | …. | Ort | …. |
| Geschlecht | männlich | weiblich | Geburtsdatum | | …. | |
| AHV-Versicherungsnummer | | …. | | | | |
| **Status** | Bei Beginn der Behandlung ist das Kind noch nicht in den Kindergarten eingetreten.  Das Kind wird/wurde zurückgestellt (Verschiebung des Eintritts in den Kindergarten um ein Jahr).  Bei Beginn der Behandlung ist das Kind in den Kindergarten eingetreten und befindet sich im  ersten Kindergartenjahr  im zweiten Kindergartenjahr  **Beiträge können bis längstens am 30. September nach Eintritt in die erste Primarstufe geleistet werden.** | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| b) der gesetzlichen Vertretung | | | | | | | |
| Name | …. | | Vorname | …. | | | |
| Strasse | …. | | PLZ | …. | Ort | …. | |
| Telefon-Nr. | …. | | E-Mail | …. | | | |
| Geschlecht | männlich | weiblich | AHV-Versicherungsnummer | | | | …. |

|  |
| --- |
| Besteht eine Beistandschaft?  ja (Ernennungsurkunde beilegen)  nein |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. Angaben über die ersuchten Massnahmen | | | | | | |
| a) Name und Adresse der leistungserbringenden Person | | | | | | |
| Name | …. | | Vorname | …. | | |
| Strasse | …. | | PLZ | …. | Ort | …. |
| Telefon-Nr. | …. | | E-Mail | …. | | |
| b) Antrag auf Entschädigung der Transportkosten (Das Abrechnungsformular wird mit der Kostengutsprache zugestellt) | | | | | | |
| Ersuchen Sie das AIS um Beiträge für Transportkosten? | | ☐ ja ☐ nein | | | | |
| Name der Bank und IBAN-Nr. | |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. Angaben über die beteiligten Fachstellen | |
| Welche Fachstelle hat den Bedarf festgestellt (z.B. Erziehungsberatungsstelle, Ambulatorien des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes, Inselspital, Kinderarzt)?  Bitte geben Sie den Namen und die Adresse der zuständigen Person an.  ….  ….  ….  ….  **Der Bericht der Fachstelle ist dem Gesuch beizulegen.** | |
|  | |
| **4. Unterschrift** | |
| **Die gesetzliche Vertretung stimmt mit ihrer Unterschrift zu, dass die zuständige Stelle im AIS, bei der leistungserbringenden Person und der Abklärungsstelle die zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzung erforderlichen Unterlagen, einholen darf.**  **Der Anspruch auf Leistungen entsteht frühestens zum Zeitpunkt der Gesuchseinreichung.** | |
| **Datum** …. | **Unterschrift** …. |
| **Bemerkungen** | ….  ….  …. |