|  |  |
| --- | --- |
| 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 Logopädie**

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 |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. a) Personalien des Kindes oder der/des Jugendlichen | | | | | | | | |
| Name | | …. | | Vorname | …. | | | |
| Strasse | | …. | | PLZ | …. | Ort | | …. |
| Geschlecht | | männlich | weiblich | Geburtsdatum …. | | | | |
| AHV-Versicherungsnummer | | | …. | | | | | |
| **1. b) Personalien der gesetzlichen Vertretung** | | | | | | | | |
| Name | …. | | | Vorname | …. | | | |
| Strasse | …. | | | PLZ | …. | | Ort | …. |
| Geschlecht | ☐ männlich | | weiblich |  | …. | | | |
| Telefon-Nr. | …. | | | E-Mail | …. | | | |
| AHV-Versicherungsnummer | | | …. | | | | | |
| 1. c) 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. | | | …. | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Unterschrift** | |
| **Die gesetzliche Vertretung stimmt zu, dass die zuständige Stelle im AIS bei der leistungserbringenden Person und der Abklärungsstelle die zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen erforderlichen Unterlagen einholen darf.** | |
| **Datum ….** | **Unterschrift** …. |

*Die gesetzliche Vertretung wird gebeten, das Formular mit den vollständig ausgefüllten Feldern 1a und 1b einer vorgegebenen Abklärungsstelle für Logopädie oder einer Logopädin / einem Logopäden bzw. einer schulischen Heilpädagogin / einem schulischen Heilpädagogen zuzustellen.*

***Feld 3*** *wird durch eine Logopädin / einen Logopäden bzw. einer schulischen Heilpädagogin / einem schulischen Heilpädagogen ausgefüllt und mit einem Fachbericht an eine vorgegebene Abklärungsstelle für Logopädie/LRS weitergeleitet.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. Fachspezifische Beurteilung im Bereich  Logopädie  Lese- und Rechtschreibstörungen (LRS) | | | | | | | |
| Name | …. | | | Vorname | …. | | |
| Strasse | …. | | | PLZ | …. | Ort | …. |
| Telefon-Nr. | …. | | | E-Mail | …. | | |
| **A**) Abrechnung gemäss Tarif A | | | | **B**) Abrechnung gemäss Tarif B | | | |
| Ergebnis der fach-spezifischen Beurteilung | | …. | | | | | |
| Beilage: Fachbericht vom …. | | | Datum …. | | | Unterschrift …. | |

***Feld 4*** *ist durch eine Abklärungsstelle für Logopädie/LRS auszufüllen und an das Amt für Integration und Soziales weiterzuleiten.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. Antrag der Abklärungsstelle auf  Bewilligung  Ablehnung der Kostengutsprache | | | | | | | | | | | |
| Name, Adresse (Stempel) ….  **Mit dem Gesuchsformular ist der Fachbericht einzureichen.** | | | | | | | | | Telefon-Nr. | | …. |
| E-Mail | | …. |
| zuständige Person | | …. | | | | | | | Telefon-Nr. | | …. |
| **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).  Die/der Jugendliche hat die obligatorische Schulzeit beendet. | | | | | | | | | | |
| **Diagnose** | | Aufgrund des Fachberichts | | | | | | Aufgrund einer Konsultation | | | |
| …. | | | | | | | | | | | |
| …. | | | | | | | | | **Ausprägung** | | mittelschwer  schwer |
| letzte Konsultation (Jahr und Ort): ….  keine Konsultation bis anhin. | | | | | | | | | | | |
| **Antrag auf Kostengutsprache** | | | | | vom | …. | | | bis | …. | |
| **Der Anspruch auf Leistungen entsteht frühestens zum Zeitpunkt der Gesuchseinreichung.** | | | | | | | | | …. | Stunde/n (à 60 Minuten) pro Woche | |
|  | Abrechnung nach Tarif A | | bei | …. | | | | | | | |
|  | Abrechnung nach Tarif B | | bei | …. | | | | | | | |
|  | ja, dies ist die nächstgelegene geeignete und verfügbare Durchführungsstelle | | | | | | | | | | |
|  | nein, die nächstgelegene geeignete Durchführungsstelle befindet sich in (Ort) …. | | | | | | | | | | |
|  | **Kosten für fach-spezifische Beurteilung und Fachbericht** | | CHF | …. | | | vergüten an Frau/Herrn | | …. | | |
|  | **Kosten für Abklärung und Abklärungsbericht** | | CHF | …. | | | vergüten an Abklärungsstelle | | …. | | |
|  | **Total** | | **CHF** | **….** | | |  | | | | |
| **Bemerkungen** | | | ….  ….  …. | | | | | | | | |
| **Datum ….** | | | **Unterschrift ….** | | | | | | | | |