|  |  |
| --- | --- |
| Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion Amt für Integration und Soziales Rathausgasse 1Postfach3000 Bern 8+41 31 633 78 11info.ais.gsi@be.chwww.be.ch/gsi | GSI-AIS, Rathausgasse 1, Postfach, 3000 Bern 8 |
| **‍**Amt für Integration und SozialesAbteilung Familie und Gesellschaft / ptMRathausgasse 1Postfach3000 Bern 8 |
| +41 31 636 43 84 ptmassnahmen@be.ch |
|  |

pädagogisch - therapeutische Massnahmen

**Gesuch um Übernahme der Kosten für Psychomotorik**

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

**Bitte deutlich schreiben!**

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

|  |
| --- |
| 1. Personalien |
| a) des Kindes oder der/des Jugendlichen |
| 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).**Bitte Beleg beilegen (z.B. Bestätigungsschreiben der Gemeinde oder Kopie der Abmeldung)****Für pädagogisch – therapeutische Massnahmen während der obligatorischen Schulzeit ist die Bildungs- und Kulturdirektion zuständig.**[ ]  Die/der Jugendliche hat die obligatorische Schulzeit beendet. |

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

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

|  |
| --- |
| 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 zu, dass die zuständige Stelle im AIS, bei der leistungserbringenden Person und der Abklärungsstelle die zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen erforderlichen Unterlagen einholen darf.****Der Anspruch auf Leistungen entsteht frühestens zum Zeitpunkt der Gesuchseinreichung.** |
| **Datum** …. | **Unterschrift** …. |
| **Bemerkungen** | ….….…. |