|  |  |
| --- | --- |
| 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 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** | ….  ….  …. |