|  |  |
| --- | --- |
|  | Amt für VolksschuleDavidstrasse 319001 St.GallenT +41 58 229 34 32T +41 58 229 59 51 |

**Kostengutsprache für Heilpädagogische Frühförderung**

**im Vorschulalter**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kind** |  |  | **Eltern oder gesetzliche Vertretung** |
| Name |       |  | Name |       |
| Vorname |       |  | Vorname |       |
| Geschlecht | Wählen Sie ein Element aus. |  | Adresse |      |
| Geburtsdatum |       |  | PLZ / Ort |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antrag auf** | [x]  Heilpädagogische Früherziehung |  | [ ]  Low Vision |
| (Erstmassnahme) | [ ]  Logopädie |  | [ ]  Audiopädagogik |
| **Anmeldungsgrund** | Entwicklungsrückstand |  | [ ]  parallele Massnahme:Begründung der Kinderärztin / des Kinderarztes in der Beilage(Förderplanung/Schwerpunktsetzung) |
| **Antragsstelle****(Kinderärztin/Kinderarzt)**Adresse |       |  |  |
| Datum |       |  | Antragssteller |       |
| **Bitte an die Durchführungsstelle weiterleiten** |  | Unterschrift |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
| **Durchführungsstelle** (Adresse) | Heilpädagogischer Dienst St. Gallen - Glarus, Bahnhofplatz 7, 9000 St. Gallen |
|  |  |
| [ ]  Erstmassnahme  |  |
| [ ]  Verlängerung (mit Bericht Standortbestimmung) |
| Begründung für die Verlängerung | Entwicklungsrückstand |
| [ ]  Wechsel der Durchführungsstelle |  |
|  |  |  |  |  |
| Anzahl beantragte Einheiten je Woche | 2 |
|  |  |  |  |  |
| Beginn |       |
|  |  |  |  |  |
| Schulpflicht Kind ab(Art. 45 VSG): |       |  | Bei Aufschub der Schulpflicht (Art. 46 VSG) ist eine Bestätigung der Schulbehörde beizulegen. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | Antragssteller |  |
|  |  |  |  |  |
| Datum |  |  | Unterschrift |  |
|  |  |  |  |  |
| **Kanton St.Gallen, Bildungsdepartement** |
| **Bewilligung der Massnahme und Kostengutsprache** (Art. 36 Abs. 1 Bst. b Volksschulgesetz, sGS 213.1; abgekürzt VSG) |
| Beginn ab |  |  | bis |  |
| Ansatz Fr. |  |  |  |  |
| Anz. Einheiten/Woche\* |  |  |  |  |
| \* Früherziehung: inkl. Zeitaufwand zusätzliche Inanspruchnahme |  |  |  |
| Datum |  |  |  |  |
|  |  |  | SachbearbeiterinAbteilung Sonderpädagogik |

Kopie: Durchführungsstelle