|  |  |
| --- | --- |
|  | Amt für Volksschule  Davidstrasse 31  9001 St.Gallen  T +41 58 229 34 32  T +41 58 229 59 51 |

**Kostengutsprache für Heilpädagogische Frühförderung**

**im Vorschulalter**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kind** |  |  | **Eltern oder gesetzliche Vertretung** | |
| Name |  |  | Name |  |
| Vorname |  |  | Vorname |  |
| Geschlecht |  |  | Adresse |  |
| Geburtsdatum |  |  | PLZ / Ort |  |
|  |  |  | Tel.-Nr. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Antrag auf** | 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 Entwicklungsbericht) | | | | | |
| 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 |  | |  |  |  |
|  |  | |  | Sachbearbeiterin  Abteilung Sonderpädagogik | |

Kopie: Durchführungsstelle