

Ansøgning om hjemmetræning

Barnets lov §85

|  |
| --- |
| Dato: |
| Oplysninger om barnet |
| Barnets navn: |  |
| Barnets CPR-nr. |  |
| Adresse: |  |
| Mors navn: |  |
| Adresse: |  |
| Telefonnr.  |  |
| E-mail: |  |
| Fars navn: |  |
| Adresse: |  |
| Telefonnr.  |  |
| E-mail: |  |
| Diagnose eller beskrivelse af barnets funktionsnedsættelse: |  |

|  |
| --- |
| Oplysninger om familien |
| Hvem bor i hjemmet? |  |
| Navn og alder på søskende: |  |
| Familiens ressourcer ift. Hjemmetræningen: |  |
| Familiens forventninger til en hverdag med hjemmetræning: |  |
| Hvordan eller vil søskende påvirkes? |  |
| Forældrenes forventninger til hvordan I fortsat kan varetage forældrerolle og træner rollen: |  |
| Andet: |  |

|  |
| --- |
| Oplysninger om træningsmetoden |
| Hvilken metode ønskes der at træne efter? |  |
| Beskrivelse af træningsmetoden: |  |
| Hvordan skal barnets hverdag se ud? |  |
| Hvem skal hjemmetræne? |  |
| Hvornår skal der trænes? |  |
| Skal barnet være i skole eller daginstitution? |  |
| Overordnet formål med træningen. Hvad skal træningen gøre for jeres barn? |  |
| Hvad er de langsigtede mål med træningen? |
|  |

|  |
| --- |
| **Hvornår regnes der med at holde ferie (fri fra træningen)?** |
|  |

|  |
| --- |
| **Samtykkeerklæring** |
| Jeg/vi giver samtykke til, at Næstved Kommune – Center for Børn og Unges handicapteam udveksler oplysninger med relevante fagpersoner i forbindelse med hjemmetræning af mit/vores barn. | Dato: | Underskrift: |
| Jeg/vi giver samtykke til, at Næstved Kommune Center for Børn og Unges handicapteam, indhenter oplysninger fra relevante fagpersoner i vedr. mit/vores barn. |  |  |
| **Sæt kryds der hvor du giver samtykke:** |
|  | Navn: | Kryds: |
| Dagtilbud/skole: |  |  |
| Læge: |  |  |
| Hospital: |  |  |
| Andet/Andre: |  |  |

|  |
| --- |
| **Bilagsliste** |
| **Der skal vedhæftes bilag fra relevante fx:** | Dato: | Sæt kryds |
| Afgørelse om særligt dagtilbud jf. barnets lov §82. *(denne skal foreligge)*  |  |  |
| Diagnostisk udredning på barnet: |  |  |
| Udtalelse fra barnets læge: |  |  |
| Udtalelse fra psykolog: |  |  |
| Udtalelse fra institution/skole: |  |  |
| Udtalelse fra høre/talepædagog: |  |  |
| Udtalelse fra fysio-/ergoterapeut: |  |  |
| Andet/andre: |  |  |
| Udkast til tids- og faseplan |  |  |
| Udkast til ugeplan |  |  |

# Andre udgifter for hjemmetræning

|  |
| --- |
| **Andre udgifter medfølgende hjemmetræningen**(Jeres forslag) |
| Andre udgifter | Beskriv behovet for udgiften | Pris |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Beløb i alt: |
|  |

”Andre udgifter” til hjemmetræningen kan være:

* Supervision.
* Løn til hjælpere (hvor mange timer om ugen søges).
* Forsikring af hjælpere etc.

*\*Vedhæft evt. udkast til tids- og faseplan, hvor ugeplan og budget indgår.*