|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Ansøgningsdato:

**Ansøgning om nedsættelse af egenbetaling**

jfr. Dagtilbudslovens § 43, stk. 1 nr. 3 eller § 63, stk. 1 nr. 3

*Når et barn med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne af behandlings- mæssige grunde har ophold i dagtilbud / SFO, hæves tilskuddet med et beløb, der svarer til 50 pct. af egenbetalingen. Ved optagelse i en halvtidsplads eller derunder fastsættes tilskuddet til 100 pct. af bruttodriftsudgifterne.*

|  |  |
| --- | --- |
| Barnets navn og cpr.nr. |  |
| Forsørgers navn og cpr.nr. |  |
| Adresse |  |
| Institution |  |
| Optagelsesdato |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Udfyldes af tilknyttet fagperson, talepædagog, pædagogisk konsulent, psykolog m.v. | | |
| Har barnet betydelig og varig nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne | Ja | Nej | |
| Kort beskrivelse af barnets nedsatte fysiske eller psykiske funktionsevne, samt behandlings- mæssige grunde til institutionsoptagelse. | | |
|  | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Koordinator Forældres underskrift

Periode fra: Til: