

Rathausgasse 1  
3011 Bern  
Telefon +41 31 633 42 83  
Telefax +41 31 633 40 19  
www.gef.be.ch  
info.alba@gef.be.ch

Alters- und Behindertenamt  
Administration Logopädie  
Rathausgasse 1  
3011 Bern

Administration Logopädie  
Telefon+41 31 633 70 23  
info.logopaedie.alba@gef.be.ch

**Gesuch um Übernahme der Kosten für pädagogisch-therapeutische Massnahmen (Logopädie) für Kinder und Jugendliche gemäss Verordnung vom 8. Mai 2013 über die sonderpädagogischen Massnahmen (SPMV; BSG 432.281) durch den Kanton**

<input type="checkbox"/> Erstmaliges Gesuch um Kostengutsprache	<input type="checkbox"/> Gesuch um ..... Verlängerung der Kostengutsprache
---	--

Die **Felder 1a und 1b** (Personalien) sind durch die gesetzliche Vertretung auszufüllen.

1. a) Personalien des Kindes oder der/des Jugendlichen			
Name .....	Vorname .....		
Strasse .....	PLZ .....	Ort .....	
Telefon-Nr. ....			
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum .....		
Heimatort .....	Staatsangehörigkeit .....		
Kindergartenjahr/Schuljahr .....	Kindergarten/Schule/ Sonderschule und Ort .....		

1. b) Personalien der gesetzlichen Vertretung des Kindes oder der/des Jugendlichen	
Name .....	Vorname .....
falls nicht identisch mit 1. a)	
Strasse .....	PLZ ..... Ort .....
Telefon-Nr. ....	Staatsangehörigkeit .....
Mobile-Nr. ....	E-Mail .....
<input type="checkbox"/> <b>Antrag auf Entschädigung der Transportkosten</b> (Das Abrechnungsformular wird mit der Kopie der bewilligten Kostengutsprache zugestellt)	
Name und Adresse der Bank .....	
IBAN-Nr. ....	
der gesetzlichen Vertretung .....	
PC-Konto-Nr. ....	
der gesetzlichen Vertretung .....	
<b>Die gesetzliche Vertretung nimmt mit ihrer Unterschrift zustimmend zur Kenntnis, dass dem Gesuch Berichte von konsultierten Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten und Fachstellen beizulegen sind und dass die Bewilligungsbehörde zur Prüfung der Anspruchsberechtigung die für die Gesuchsbeurteilung erforderlichen weiteren Unterlagen, Auskünfte und Personendaten bei Behörden, den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten und Fachstellen einholen kann.</b>	
<b>Sie nimmt ebenfalls zur Kenntnis, dass sie anfallende Kosten für die fachspezifische Beurteilung oder Abklärung durch private Stellen selber zu übernehmen hat, wenn das Gesuch um Kostengutsprache nicht bewilligt wird.</b>	
Datum .....	Unterschrift .....

Die gesetzliche Vertretung wird gebeten, das Formular mit den vollständig ausgefüllten Feldern 1a und 1b einer kantonalen Erziehungsberatungsstelle, der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Poliklinik oder einer anderen Abklärungsstelle (z.B. Inselspital Bern, Z.E.N. Biel) oder einer Logopädin, einem Logopäden, einer Legasthienietherapeutin, einem Legasthienietherapeuten zuzustellen.



**Feld 2** kann durch eine Logopädin, einen Logopäden, eine Legasthenietherapeutin, einen Legasthenietherapeuten ausgefüllt und mit einem Fachbericht an eine Abklärungsstelle weitergeleitet werden.

<b>2. Fachspezifische Beurteilung im Bereich</b> <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Legasthenie	
Name .....	Vorname .....
Strasse .....	PLZ ..... Ort .....
Telefon Fix: ..... Mobile .....	E-Mail .....
<input type="checkbox"/> A) selbstständig erwerbend (Abrechnung gemäss Tarif A)	<input type="checkbox"/> B) unselbstständig erwerbend (Abrechnung gemäss Tarif B)
Falls B: Anstellung in folgenden Gemeinden .....	
Anzahl aktuelle Anstellungslektionen gemäss PERSISKA .....	
Anzahl aktuelle Lektionen/Stunden gemäss Tarif B .....	
Ergebnis der fachspezifischen Beurteilung .....	
Beilage: Fachbericht vom ..... Datum ..... Unterschrift .....	

**Feld 3** ist durch eine Abklärungsstelle auszufüllen und an das Alters- und Behindertenamt weiterzuleiten.

<b>3. Antrag der Abklärungsstelle auf</b> <input type="checkbox"/> Bewilligung <input type="checkbox"/> Ablehnung der Kostengutsprache			
Name, Adresse (Stempel) .....	Telefon .....		
.....	Fax .....		
.....	E-Mail .....		
zuständige Person .....	Telefon .....		
<b>Diagnose</b> <input type="checkbox"/> Aufgrund des Fachberichts <input type="checkbox"/> Aufgrund einer Konsultation Datum letzte Konsult.: ..... ..... Ausprägung: <input type="checkbox"/> mittelschwer <input type="checkbox"/> schwer			
Bisheriger Spezialunterricht im Kindergarten/in der Volksschule: <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> ..... Jahre (Art des SpU) .....			
<b>Antrag auf Kostengutsprache</b> vom ..... bis ..... <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> 14-täglich ..... Stunde/n ..... Lektion/en allfällige Präzisierung ..... <input type="checkbox"/> Behandlung in Gruppe <input type="checkbox"/> Behandlung im Einzelunterricht <input type="checkbox"/> Behandlung teilweise im Einzelunterricht und teilweise in Gruppe			
<input type="checkbox"/> Behandlung in selbstst. Tätigkeit (Tarif A) bei ..... <input type="checkbox"/> Behandlung in unselbstst. Tätigkeit (Tarif B) .....			
<input type="checkbox"/> ja, dies ist die nächstgelegene geeignete und verfügbare Durchführungsstelle (Massgebend zur Berechnung der Transportkosten) <input type="checkbox"/> nein, die nächstgelegene geeignete Durchführungsstelle befindet sich in (Ort) .....			
<input type="checkbox"/>	<b>Kosten für fachspezif. Beurt. und Fachbericht</b>	CHF	vergüten an Frau/Herrn .....
<input type="checkbox"/>	<b>Kosten für Abklärung und Abklärungsbericht</b>	CHF	vergüten an Abklärungsstelle .....
<input type="checkbox"/>		CHF	vergüten an involvierte .....
	<b>Total</b>	CHF	*) Auszahlungsadresse angeben: .....
Bemerkungen .....			
Datum ..... Unterschrift .....			
<b>Hinweis:</b> Die Übergabe der Logopädie-Therapie in den Spezialunterricht der Volksschule oder der Wechsel des Kindes oder Jugendlichen von der Regelschule in eine Sonderschule ist der Bewilligungsbehörde umgehend zu melden.			