ref.: RF/ØBT/skjema



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Søknadsskjema | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Barnet det søkes for:** Navn: | |  | | | | | | | Pers.nr.: | |  | | | |
| Adresse: |  | | | | | | | | Telefon: | |  | | | |
| Kommune: |  | | | Skole: | | |  | | | | Klasse | |  |
| Klassestyrer: | | | |  | | | | | Telefon: | |  | | |
| Innsøkende instans:. | |  | | | | | | | | | | | |
| Saksbehandler (e): | |  | | | | | | | | | | | |
| Telefon: | |  | | | | |  | | | | | | |
| Samarbeidsinstanser i saken m personnavn: | | | |  | | | | | | | | | |
| Rapporter fra samarbeidsinstanser ønskes vedlagt søknaden, er dette gjort? | | | | | | | | | Ja: Nei: | | | | |
| Er skolerapport vedlagt: | | |  | | Er indiv .læreplan vedlagt?.: | | | | | |  | | |
| Rapport fra undersøkelse hos lege?: | | |  | |  | | | | | | | | |
| Har barnet ”individuell plan”?: | | | 🡪 | | Koordinator: | | | | | | | | |
| Søknad gjelder: Døgn-  behandling: | |  | Dag-behandling: | |  | Familie- innleggelse | |  | | Ambulant familie og skolearbeid: | |
| **Foreldre/ søsken:** | | | | | | | | | | | | | |
| Mors navn: |  | | | | | | Mor født: | |  | | | | |
| Adresse: |  | | | | | | Telefon priv.: | |  | | | | |
| Stilling |  | | | | | | Telefon jobb: | |  | | | | |
| Fars navn: |  | | | | | | Far født: | |  | | | | |
| Adresse: |  | | | | | | Telefon priv.: | |  | | | | |
| Stilling: |  | | | | | | Telefon jobb: | |  | | | | |
| Søsken, navn: |  | | | | | | Født (årstall): | |  | |  | | |
| Søsken, navn: |  | | | | | | Født: | |  | |  | | |
| Søsken, navn: |  | | | | | | Født: | |  | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Annen familie/ personer som står sentralt:** | | | | | | | | | | | |
| Navn og slektskap/relasjon til barnet: | | | |  | | | | | | | |
| Adresse: |  | | | | | | | | Telefon: |  | |
| Navn og slektskap/relasjon til barnet: | | | |  | | | | | | | |
| Adresse: |  | | | | | | | | Telefon: |  | |
| Navn og slektskap/relasjon til barnet: | | | |  | | | | | | | |
| Adresse: |  | | | | | | | | Telefon: |  | |
| Barnets omsorgssituasjon: | | | | | | | | | | | |
| Hvem har daglig omsorg for barnet?: | | | | | | |  | | | | |
| Hvem har foreldreansvaret?: | | | | | | |  | | | | |
| **Barnets oppvekst (dersom ukjent skriv dette, dersom normalt sett: ingen merknader)** | | | | | | | | | | | |
| Svangerskap: | | |  | | | | | | | | |
| Fødsel: | | |  | | | | | | | | |
| Utvikling, gange, motorikk: | | |  | | | | | | | | |
| Språkutvikling: | | |  | | | | | | | | |
| Spesielle utviklingsproblemer?: | | |  | | | | | | | | |
| Sykdommer/ sykehusopphold: | | |  | | | | | | | | |
| Medisiner brukt, og når: | | |  | | | | | | | | |
| Bosteder i oppveksten: | | |  | | | | | | | | |
| Barnehager og skoler: | | |  | | | | | | | | |
| Kontakt med hjelpeinstanser: | | |  | | | | | | | | |
| Barnets forhold til foreldrene: | | |  | | | | | | | | |
| Forhold til andre: | | |  | | | | | | | | |
| **Medisinske/ psykologiske og andre undersøkelser som er gjort, og når:** | | | | | | | | | | | |
| 1. |  | | | | | | | | Kopi vedlagt?: | | Ja Nei | |
| 2. |  | | | | | | | | Kopi vedlagt?: | | Ja Nei | |
| 3. |  | | | | | | | | Kopi vedlagt?: | | Ja Nei | |
| 4. |  | | | | | | | | Kopi vedlagt?: | | Ja Nei | |
| 5. |  | | | | | | | | Kopi vedlagt?: | | Ja Nei | |
| **Eventuelle diagnoser, hva, når og ved hvilken instans:** | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
| **Andre familiemedlemmers kontakt med helse- og sosialapparatet.**  **Kun opplysninger som er av betydning for søknaden:** | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
| **Barnets nåværende situasjon, problemområder og ressurser. (Dersom opplysningene fremkommer av vedlagte rapporter, kan det henvises til disse):** | | | | | | | | | | | |
| Begrunnelse for søknaden: | | | | | | | | | | | |
| Det ønskes hjelp til (formuler gjerne ”mål” for behandlingen): | | | | | | | | | | | |
| Ressurser/mestring hos barnet: | | | | | | | | | | | |
| Hjelpetiltak som er prøvd: | | | | | | | | | | | |
| Er foreldrene/ de foresatte kjent med søknaden og med forventninger til deres deltakelse i behandlingen?: | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Dato: |  | |  | | | | | | | | |
| Søkers navn og stilling: | |  | | | Event medsøkers navn og stilling: | | |  | | | | |
| Signatur: | | | | | | Signatur: | | | | | |