**HENVENDELSESSKJEMA FOR RÅD OG VEILEDNING TIL FORELDRE MED BARN OG UNGDOM MED UTVIKLINGSHEMMING OG AUTISMESPEKTERFORSTYRRELSER**

 **NITTEDAL KOMMUNE**

(Fylles primært ut av den som ønsker veiledning)

**Barnet/ungdommen med funksjonsnedsettelse:**

|  |  |
| --- | --- |
| Barnets navn:  | Født:  |
| Adresse: |
| Evt. Diagnose funksjonsnedsettelse:  |
| Elev ved skole/barnehage: |
| Klasse/avd:  |
| Skolens/barnehagens tlf:  |
| Klassestyrer/pedagogisk leder:  |

**Omsorgssituasjon:**

|  |
| --- |
| Hvem har daglig omsorg: |
| Hvem har foreldreansvar:  |

**Foresatte:**

|  |  |
| --- | --- |
| Mor: | Tlf:  |
| E-mail:  |
| Far:  | TLf:  |
| E-mail:  |

**Søsken:**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn:  | Født: |
| Navn: | Født: |
| Navn: | Født:  |
| Navn:  | Født: |

**Eventuelt behov for tolk:**

|  |  |
| --- | --- |
| Språk: |  |
| Dialekt: |  |
| Hjemland: |  |

**Bakgrunn for henvendelsen/ det ønsket hjelp til følgende:**

**(**Dersom ikke rubrikken er stor nok, legg ved eget ark)

|  |
| --- |
|  |

**Andre tiltak som familien/barnet er i eller har vært:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nei | Når | Tiltak tjenester |
| PPT |  |  |  |  |
| Avlastning |  |  |  |  |
| Barnevern |  |  |  |  |
| Barnehabilitering |  |  |  |  |
| Fysio/ergoterapi |  |  |  |  |
| Helsestasjonen |  |  |  |  |
| Annet: |  |  |  |  |

**Tidligere hjelpetiltak som har vært utprøvd** (gjelder råd og veiledning)

|  |
| --- |
|  |

**Evaluering av tidligere tiltak:** (gjelder råd og veiledning)

|  |
| --- |
| Hva har fungert:  |
| Hva har ikke fungert:  |

**Spesielle dager/tider jeg ønsker å motta veiledning på:**

|  |
| --- |
|  |

**Eventuelle andre kommentarer/informasjon:**

|  |
| --- |
|  |

**Dette samtykker jeg til:**

Jeg/vi samtykker til at veileder kan innhente informasjon fra andre instanser for å utveksle informasjon angående saken.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Instans:  | Ja | Nei | Signatur |
| PPT |  |  |  |
| Avlastning |  |  |  |
| Barnevern |  |  |  |
| Barnehabilitering |  |  |  |
| Fysio/ergo |  |  |  |
| Helsestasjon |  |  |  |
| Barnehage |  |  |  |
| Skole |  |  |  |
| Annet |  |  |  |

Det skal kun drøftes og innhentes informasjon som er relevant for saken. Veileder har taushetsplikt knyttet opp til sin stilling.

|  |  |
| --- | --- |
| Dato: | Signatur:  |
|  |  |
|  |  |

Henvisningen sendes til:

**Tildelingsenheten, Nittedal kommune**

**Nittedal kommune
Postboks 63
1483 Hagan**

Dere vil motta svar innen ca. 3 uker etter at kommunen har mottatt utfylt skjema. Dersom det er behov for mer plass til utfylling av svar, skriv gjerne på eget ark.