|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Schulkennzahl (SKZ) |  | Schuljahr |  |
| Schulbezeichnung |  | | |

# **BEANTRAGUNG SONDERPÄDAGOGISCHER FÖRDERUNG** **(§ 39 Abs. 3 SchOG)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Neuantrag | |  | Wiederbeantragung | |  | |
| Schüler/in | Nachname |  | | | | |  |
| Vorname |  | | | | |  |
| Geburtsdatum |  | | Klasse | |  |  |
| Grund der  Förderung |  | | | | |  |
| Datum Austritt |  | | | | | Stunden\* |
| Organisation |  | Die Stunden werden von Lehrer/innen unserer Schule gehalten  (Bundeslehrerstunden) | | | | |  |
|  | Die Betreuung soll durch Landeslehrer mit Schwerpunkt Sehen  erfolgen (Landeslehrerstunden) | | | | |  |
|  | Die Betreuung soll durch einen Landeslehrer mit Schwerpunkt Hören  erfolgen (Landeslehrerstunden) | | | | |  |
|  | Die Betreuung soll durch eine/n angeforderte/n Assistent/in von pro mente Wien (Autismus-Spektrum) erfolgen (Assistenzstunden) – **Antrag liegt bei!** | | | | |  |
|  | Der Schüler/die Schülerin benötigt trotz Behinderung keine zusätzlichen Förderstunden. | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  |
| Datum | | Ort |  | Unterschrift |
| **WICHTIG** | Bei einem **Neuantrag** muss ein ärztlicher Befund oder ein entsprechendes klinisch-psychologisches Gutachten beigelegt werden! | | | |

\* Die Gesamtstundenanzahl pro Schüler/in mit **Sinnes- oder Körperbehinderung** darf **vier Wochenstunden** nicht überschreiten. Eine Überschreitung der Höchststunden ist nur nach Rücksprache mit der Bildungsdirektion möglich.  
Das Höchstmaß der **ASS** Assistenz beträgt **acht Wochenstunden** pro Schüler/in.