

Antragsformular für Hilfstechnologie - HT (HT1a)
Einzureichen per E-Mail an SE-demandeTA@admin.vs.ch

Persönliche Angaben zur Schülerin/zum Schüler

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Geburtsdatum: _____ (TT/MM/JJJJ)

Sozialversicherungsnummer (SV): 756. _____
(13 Zahlen. Die SV-Nummer befindet sich auch auf der Schweizer Krankenversicherungskarte).

Angaben zur gesetzlichen Vertretung

Name, Vorname 1. Elternteil: _____

Name, Vorname 2. Elternteil: _____

Telefonnummer (Kontakt): _____

E-Mail-Adresse (Kontakt): _____

Offizieller Wohnsitz des Kindes

Zurzeit besuchte Schule: _____

Name und Adresse der Schule: _____

Aktuell besuchte Schulstufe: _____

Angaben zur Gesundheitsbeeinträchtigung

Genauere Auskünfte über die Art der Gesundheitsschädigung: Gestellte Diagnose(n)

Schriftliche und mündliche Sprachstörungen	Motorische Entwicklungsstörung	Neurobiologisch bedingte Entwicklungsstörung	Andere Störungen oder Diagnosen
☐ Lesestörung / Legasthenie ☐ Rechtschreibstörung ☐ Dyskalkulie / Rechenstörung ☐ Dysphasie	☐ Dyspraxie ☐ Schreibschwäche (Dysgrafie)	☐ ASS ☐ ADS - ADHS ☐ mit Medikamenten	☐ hohes intellektuelles Potenzial ☐ andere (bitte angeben)

Genauere Auskünfte über die Art der Gesundheitsschädigung: Mögliche weitere Diagnose(n), die derzeit geprüft werden.

☐ andere (bitte angeben) _____

Ärzte, Betreuung, Therapeuten, ...

Geben Sie hier bitte Ihren Hausarzt/Kinderarzt sowie die anderen behandelnden Ärzte, Spitäler oder Behandlungs- und Betreuungszentren an.

Name und Adresse: _____

☐ Arzt ☐ Spital ☐ Logopäde ☐ Ergotherapeut ☐ Psychomotoriktherapeut ☐ Psychologe

☐ andere: _____

☐ zurzeit in Behandlung ☐ Behandlung/Betreuung abgeschlossen

Name und Adresse: _____

☐ Arzt ☐ Spital ☐ Logopäde ☐ Ergotherapeut ☐ Psychomotoriktherapeut ☐ Psychologe

☐ andere: _____

☐ zurzeit in Behandlung ☐ Behandlung/Betreuung abgeschlossen

Name und Adresse: _____

☐ Arzt ☐ Spital ☐ Logopäde ☐ Ergotherapeut ☐ Psychomotoriktherapeut ☐ Psychologe

☐ andere: _____

☐ zurzeit in Behandlung ☐ Behandlung/Betreuung abgeschlossen

Name und Adresse: _____

☐ Arzt ☐ Spital ☐ Logopäde ☐ Ergotherapeut ☐ Psychomotoriktherapeut ☐ Psychologe

☐ andere: _____

☐ zurzeit in Behandlung ☐ Behandlung/Betreuung abgeschlossen

Erlaubnis zur Weitergabe von Informationen

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihre Vertretung die im Antrag genannten Personen, alle Auskünfte und Unterlagen zu erteilen, die für die Prüfung des Leistungsanspruchs einer Hilfs- und Nutzungstechnologie im Hinblick auf eine Entscheidung erforderlich sind. Diese Personen sind auskunftspflichtig.

Sie verpflichtet sich, alle Unterlagen vorzulegen, die für die Prüfung des Leistungsanspruchs und der Nutzung im Hinblick auf eine Entscheidung erforderlich sind.

Es werden keine Rechnungen bezahlt, bevor der Kanton den Fall und den Kostenvoranschlag genehmigt hat.

Die unterzeichnende Person bestätigt, dass sie in diesem Formular vollständige und wahrheitsgemässe Angaben gemacht hat und dies auch für die entsprechenden Anhänge gilt.

Datum: _____

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung

Anhänge:

- ☐ Berichte der betroffenen Ärzte und Therapeuten (Diagnosen)
- ☐ HT1b-Formular der Bescheinigung über die Beantragung der Hilfstechnologie, die nicht älter als 6 Monate ist (ausgefüllt und unterzeichnet von einem Arzt, Therapeuten oder einer Lehrperson)
- ☐ Bescheinigung über die Genehmigung von Hilfsmitteln einschliesslich der aktuell umgesetzten Ausgleichsmassnahmen der Schule (verfasst und unterzeichnet von der Schuldirektion)
- ☐ IT-Kostenvoranschlag für eine Hilfstechnologie (erstellt in Zusammenarbeit mit einem vom Amt für Sonderschulwesen beauftragten IT-Dienstleister)

Liste der beauftragten IT-Dienstleister (Stand: 14.02.2025):

- Gobiz Sàrl, Fully