



SWV PO  
**30 06**

## AANVRAAGFORMULIER

### Verlenging van behandeling (ED)

Voor de af te geven beschikking voor verlenging van behandeling (ED) zijn onderstaande gegevens én handtekening nodig van de **ouder(s)**.

Datum ontvangst ( <i>in te vullen door gemeente</i> )	
---	--

Persoonlijke gegevens kind	
Naam	
Straat en huisnummer	
Postcode en Woonplaats	
(laatste vier cijfers van het) BSN	
Geboortedatum	
Telefoonnummer ouder(s)	
E-mailadres ouder(s)	

**NB:**

Deze aanvraag is of wordt namens de gemeente gescreend door het Dyslexieteam. Bij vragen over de aanvraag wordt er contact opgenomen met de zorgaanbieder of school.

Bij een positief advies van het Dyslexieteam zorgt de desbetreffende gemeente voor de afgifte van de “verleningsbeschikking: verlenging van behandeling” voor dyslexiezorg. Deze ontvangt u als ouder(s) per post.

Middels de hieronder te zetten handtekening stemt u er mee in dat het Dyslexieteam de aanvraag voor een beschikking indient bij de gemeente waarin uw kind woonachtig is.

## VERKLARING AANVRAGER (LEES GOED WAT U TEKENT)

Dit aanvraagformulier wordt opgenomen in ons registratiesysteem. Hierop is de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en de Jeugdwet van toepassing. U heeft het recht op inzage in onze registratie. Bij gebleken onjuistheden heeft u het recht om verbeteringen te eisen.

Ondergetekende:

- verklaart dat dit formulier naar waarheid is ingevuld.
- weet dat het opzettelijk onjuist invullen van dit formulier strafbaar is.

Naam en handtekening aanvrager (ouder): \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_

Naam en handtekening aanvrager (ouder): \_\_\_\_\_

Datum:

Plaats:

\*bij gescheiden ouders dienen – wanneer beide ouders over gezag beschikken - beiden dit formulier te ondertekenen

### Akkoord dyslexieteam

Naam en handtekening aanvrager: \_\_\_\_\_

Datum:

Plaats:

**Let op:** dit formulier dient, samen met de oude beschikking, digitaal toegestuurd te worden naar: [dyslexieteam@swvpo3006.nl](mailto:dyslexieteam@swvpo3006.nl)

#### In te vullen door de zorgaanbieder:

*[Geef hieronder aan wat de reden is dat er extra behandelingen worden aangevraagd]*

(Let op: alleen in uitzonderlijke gevallen kan er een verlenging worden aangevraagd buiten de beschikking voor 1,5 jaar (bv. vanwege ziekte)).