|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zur Einrichtung** | | | |  | | |  | | |
| Name |  | | | | | |  |  | | |
| Strasse, Nr. |  | | | | | | Telefon |  | | |
| PLZ, Ort |  | | | | | | Fax |  | | |
| Abteilung / Standort |  | | | | | | Mail |  | | |
| **Angaben zur Person** | | | | | | | | | | |
| Name | |  | | | Vorname | | | |  | |
| Geburtsdatum | |  | | | Geschlecht | | | | männlich  weiblich | |
| Sozialversicherungs-Nr.  (z.B. 756.0000.0000.00) | |  | | | Staatsangehörigkeit: | | | |  | |
| Kostenträgerschaft | |  | | | | Hilflosigkeitsgrad | | |  | |
| **Pendenter IV-Antrag:** Haben Sie bereits eine IV-Rente beantragt? | | | **JA  NEIN** | **Falls JA**, füllen Sie bitte zusätzlich folgendes Formular der Homepage der Behindertenhilfe BS aus → [Anmeldung zur Individuellen Bedarfsermittlung](http://www.asb.bs.ch/dam/jcr:21d45b7f-bf40-4e77-8fdf-293013b1d381/20180525_Anmeldeformular.docx) | | | | | | |
| Zivilrechtlicher Wohnsitz beim Ersteintritt (Wohnen, bei ambulant: Ort der Leistungserbringung) | | | | | | | | | Wohnsituation vor Eintritt | |
| (Strasse, PLZ, Ort, Kanton) | | | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Beistand / Beiständin | | Name, AdresseTelefon, E-Mail | | |  | | | Beistandschaftliche Massnahme | | |
| Andere Kontaktperson | | Name, AdresseTelefon, E-MailFunktion | | |  | | | | | |
| **Einkommen durch:** | |  | **Sozialhilfe** | | | | **IV-Rente**  **AHV-Rente** | | IV-TaggeldGutsprache bis: | Sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Angaben zum Aufenthalt** | | | | | | | | | |
| Datum des Eintritts: | | | Beginn KüG: | | (frühestens Tag des Antrags) | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Leistungen und Leistungsabgeltung** | | | | | | | |
| **Methode P (Pauschale)** | | | | | |  | |
| Leistungsart | **Stationäre Leistung Wohnen** | | | **Stationäre Leistung Tagesstruktur** | | | **Ambulante Leistung Wohnen** |
| Leistung und Abgeltung |  | | |  | | |  |
| Verrechnungseinheit | **Monatspauschale** | | | **Monatspauschale** | | |  |
| Anrechenbarer Nettoaufwand  (=Verrechenbarer Aufwand; Tarif; Pensum Tagesstruktur) | Fr. | | | Fr.      ;  Pensum (von 42h):       % | | | Fr. |
| **Erforderliche Unterschriften** | | | | | | | |
| **Unterschrift der Einrichtung/Stempel**  Basel, den | | | Unterschrift: ......................................................................................... | | | | |
| Einwilligung der unterschriftsberechtigten Person | | | Ort, Datum: | | | | |
| **Bestätigung und Einwilligung:** Die oder der Erwachsene oder die gesetzliche Vertretung bestätigen die Angaben. Sie erklären sich mit der Einholung der KüG, insbesondere mit der zweckgebundenen Verwendung der Personendaten ***gemäss § 15 Abs. 3 Informations- und Datenschutzgesetz (IDG)*** einverstanden, , um Zugang zu Angeboten zu schaffen, die die Selbsthilfe, die soziale sowie die berufliche Integration fördern. Die Organe der Sozialversicherung werden ermächtigt, dem Wohn- und Standortkanton erforderliche Auskünfte zu erteilen. | | | | | | | |
| Name: | | Vorname: | | | Unterschrift: ............................................................................................ | | |
|  | |  | | |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ** Antrag auf Kostengutsprache der Sozialhilfe** | | **Antrag auf Kostenübernahmegarantie ** | |
| **Auskunft Sozialhilfe:**  **Sozialhilfe Basel-Stadt**  Michael Keogh, 061 267 03 34  **Sozialhilfe Riehen**  Simon Sayer, 061 646 81 35 | **Einsenden an die**  Zuständige Sachbearbeitung, bzw.:  **Sozialhilfe BS**  **Postfach 4067**  **4002 Basel**  **Gemeindeverwaltung Riehen**  **Wettsteinstrasse 1**  **4125 Riehen** | **Auskunft Behindertenhilfe:**  Abteilung Behindertenhilfe  **Telefon: 061 267 84 86**  [**behindertenhilfe@bs.ch**](mailto:behindertenhilfe@bs.ch)  <http://www.asb.bs.ch/behindertenhilfe> | **Einsenden an:**  **Amt für Sozialbeiträge**  **Abteilung Behindertenhilfe**  **Grenzacherstrasse 62**  **Postfach**  **4005 Basel** |