|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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%3A21d45b7f-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-Mail Funktion |                 |
| **Einkommen durch:** | **[ ]**  | **Sozialhilfe** | [ ]  **IV-Rente** [ ]  **AHV-Rente** |  [ ]  IV-Taggeld Gutsprache bis:       | [ ]  Sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Angaben zum Aufenthalt** |
| Datum des Eintritts:       | Beginn KüG: |       (frühestens Tag des Antrags) |

|  |
| --- |
| **Leistungen und Leistungsabgeltung** |
| **[x]  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**<http://www.asb.bs.ch/behindertenhilfe> | **Einsenden an:****Amt für Sozialbeiträge****Abteilung Behindertenhilfe****Grenzacherstrasse 62****Postfach****4005 Basel** |