**Gesuch um Kostenübernahmegarantie (KÜG)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zur Einrichtung** |  |  **IVSE-Bereich** **[x]  B** |
| Name der Einrichtung |  |  |  |
| 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: |       |
| Angaben zur Invalidität |  | Hilflosigkeitsgrad  |  |
| Zivilrechtlicher Wohnsitz beim Ersteintritt (Wohnen) | Wohnsituation vor Eintritt |
| (Strasse, PLZ, Ort, Kanton)  |  |
| Aktueller zivilrechtlicher Wohnsitz (wenn nur Tagesstruktur) | Tagesstruktursituation vor Eintritt |
|  |  |
| Beistandschaftliche Massnahme  |
| Beistand / Beiständin | Name, AdresseTelefon, E-Mail |            |
| Andere Kontaktperson | Name, AdresseTelefon, E-Mail Funktion |                 |
| **Angaben zum Aufenthalt** |
| Datum des Eintritts |  |
| Beginn der KüG |  |
| **Angaben zu den Leistungen und zur Leistungsabgeltung** |
| **[x]  Methode P (Pauschale)**  |  |
|  | Leistung 1 | Leistung 2 | Leistung 3 |
| Gesamtstufe IBB |  |  |  |
| Leistung/en |  |  |  |
| Verrechnungseinheit | **Monatspauschale** | **Monatspauschale** | **Monatspauschale** |
| Anrechenbarer Nettoaufwand(=Verrechenbarer Aufwand) | Fr.  | Fr.  | Fr.  |
| Beschäftigungsgrad (nur Tagesstruktur, in % von 42h) |  **%** |  **%** |  **%** |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort und Datum      ,      Name der Einrichtung:Name, Vorname      Unterschrift: ....................................................................................... | Ort und Datum      ,      **Bestätigung und Einwilligung** Die oder der handlungsfähige Erwachsene oder die gesetzliche Vertretung bestätigen die Angaben. Sie erklären sich mit der Einholung der KÜG, insbesondere mit der zweckgebundenen Verwendung der Personendaten einverstanden. Die Organe der Sozialversicherung werden ermächtigt, dem Wohn- und dem Standortkanton erforderliche Auskünfte zu erteilen.Unterschriftsberechtigte Person: Name, Vorname Unterschrift: .............................................................................................. |
|  **Kantonale Verbindungsstelle IVSE, Kat. B** **Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt**  **Amt für Sozialbeiträge** **Abteilung Behindertenhilfe**  **Grenzacherstrasse 62 / Postfach** **4005 Basel** | Ort und Datum ..........................................................................................Verbindungsstelle IVSE des Standortkantons:Unterschrift ............................................................................................... |
| Kontakt:Telefon:E-Mail: | Abteilung Behindertenhilfe, Amt für Sozialbeiträge061 267 84 86behindertenhilfe@bs.ch  |
| **Bemerkungen der Verbindungsstelle** |
| **Dieses Formular ist in zweifacher Ausführung der Verbindungsstelle IVSE des Kantons Basel-Stadt einzureichen** |