|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zur Einrichtung** |  |  |
| Name |  |  |  |
| Strasse, Nr. |       | Telefon |       |
| PLZ, Ort |       | Fax |       |
| Abteilung / Standort |        | Mail |       |
| **Angaben zur Person** |
| Name |  | Vorname |  |
| Geburtsdatum |       | Geschlecht | **[ ]**  männlich **[ ]**  weiblich |
| Sozialversicherungs-Nr. |  | Staatsangehörigkeit: |  |
| Angaben zur Invalidität |  | Hilflosigkeitsgrad  |  |
| Zivilrechtlicher Wohnsitz beim Ersteintritt (Wohnen) | Wohnsituation vor Eintritt |
| (Strasse, PLZ, Ort, Kanton)       |  |

|  |
| --- |
| Beistandschaftliche Massnahme  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beistand / Beiständin | Name, AdresseTelefon, E-Mail |            |
| Andere Kontaktperson | Name, AdresseTelefon, E-Mail Funktion |                 |
| Einkommen durch: |  IV-Rente [ ]  |  Sonstige [ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

|  |
| --- |
| **Angaben zum Aufenthalt** |
| Datum des Eintritts:       | Beginn KüG: |       |

|  |
| --- |
| **Leistungen und Leistungsabgeltung** |
| **[x]  Methode P (Pauschale)**  |  |
|  | Leistung  |
| Gesamtstufe IHP |  |
| Leistung/en | **Ambulante Wohnbegleitung gemäss IHP** |
| Verrechnungseinheit | **Monatspauschale** |
| Anrechenbarer Nettoaufwand(=Verrechenbarer Aufwand) | Fr.       |

|  |
| --- |
| **Erforderliche Unterschriften** |
| **Unterschrift der Einrichtung/Stempel**Ort und Datum:       | 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 einverstanden. Die Organe der Sozialversicherung werden ermächtigt, dem Wohn- und Standortkanton erforderliche Auskünfte zu erteilen. |
| Name:       | Vorname:       | Unterschrift: ............................................................................................ |
|

|  |
| --- |
| **Dieses Formular ist in zweifacher Ausführung dem Kantons Basel-Stadt einzureichen an:****Abteilung Behindertenhilfe, Amt für Sozialbeiträge, Grenzacherstrasse 62, 4005 Basel**Informationen erteilt die Abteilung unter:Telefon: 061 267 84 86**,** E-Mail: behindertenhilfe@bs.ch |