**Gesuch um Kostenübernahmegarantie (KÜG) - Persönliches Budget gem. § 27 Abs. 2 BHV**

|  |
| --- |
| **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 Beginn des Leistungsbezugs | Wohnsituation vor Leistungsbezug |
| (Strasse, PLZ, Ort, Kanton)  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Beistandschaftliche Massnahme  |
| Beistand / Beiständin | Name, AdresseTelefon, E-Mail |            |
| Andere Kontaktperson | Name, AdresseTelefon, E-Mail Funktion |                 |
| **Angaben zum Leistungsbezug** |
| Beginn der KüG |  |
| **Angaben zu den Leistungen und zur Leistungsabgeltung** |
| Die Finanzierung des persönlichen Budgets erfolgt über ein monatliches Kostendach. Bitte fügen Sie den geplanten Stundenbezug pro Monat ein. Dieser darf maximal das Stunden-Ergebnis aus der IHP-Bedarfsermittlung betragen. |
|  | **Wohnen am Tag** | **Wohnen in der Nacht** |
| Stunden pro Monat gemäss IHP |       |       |
| Verrechnungseinheit | **37.00 CHF/Stunde** | **50.00 CHF/Stunde** |
| Kostendach (Stundenzahl mal Stundensatz) | Fr.  | Fr.  |

|  |
| --- |
| 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 zwingend notwendigen Daten über Leistungen der Sozialversicherungen einverstanden und ermächtigen die Organe der Sozialversicherungen, dem Amt für Sozialbeiträge die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Unterschriftsberechtigte Person: Name, Vorname Unterschrift: .............................................................................................. |

|  |
| --- |
| Kontakt: Abteilung Behindertenhilfe, Amt für SozialbeiträgeGrenzacherstrasse 624005 BaselTelefon: 061 267 84 86E-Mail: behindertenhilfe@bs.ch |