**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-MailFunktion | |  | | |
| **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 Sozialbeiträge Grenzacherstrasse 62  4005 Basel Telefon: 061 267 84 86E-Mail: [behindertenhilfe@bs.ch](mailto:behindertenhilfe@bs.ch) |