|  |
| --- |
|  |

Antrag zur Kostenübernahme für Leistungen von nicht IVSE-Institutionen (Einzelfallanerkennung gemäss § 43 BHV BS)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zur Einrichtung** | |  | | |  | | | |
| 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-MailFunktion | |  |
| **Angaben zum Aufenthalt** | |
| Datum des Eintritts | | |  |
| Beginn der Kostenübernahme | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zu den Leistungen und zur Leistungsabgeltung (nur zutreffende Spalten ausfüllen)** | | | |
| **Leistungsart** | **Betreutes Wohnen** | **Wohnen mit Beschäftigung** | **Tagesstruktur** |
| Verrechnungseinheit |  |  |  |
| Tarif/Nettoaufwand (=Verrechenbarer Aufwand) | Fr. | Fr. | Fr. |
| **Beschäftigungsgrad (nur Tagesstruktur – BT/BA)** | - | - | **%** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Selbstverpflichtungserklärung durch Institution:**  Hiermit bestätigt die oben angegebene Institution, die Mindestanforderungen zur Erbringung von personalen und nicht personalen Leistungen der Behindertenhilfe gemäss § 26 BHG BS und §§ 35 ff. BHV BS sicherzustellen. Insbesondere stellt sie den Zugang zu einer unabhängigen Anlaufstelle sicher und holt bei jeder Betreuungsperson vor Aufnahme der Betreuungstätigkeit einen Privat- sowie einen Sonderprivatauszug aus dem Strafregister ein.  Ort und Datum      ,  Name der Einrichtung:  Name, Vorname  Unterschrift: ....................................................................................... | **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.  Ort und Datum      ,  Unterschriftsberechtigte Person:  Name, Vorname  Unterschrift: .............................................................................................. |

**Notwendige Unterlagen bei erstmaliger Einreichung**

Schriftliches Gesuch des Einweisers um Einzelfallanerkennung mit Begründung, weshalb kein geeignetes Wohn- und Betreuungsangebot in einer anerkannten Institution gemäss §§ 27 und 30 BHG BS gefunden werden konnte (vgl. Anhang).

Kopie der Betriebsbewilligung des Standortkantons

Dokumentation (Konzept) und Leitbild der Institution

Muster-Betreuungsvertrag inkl. aktueller und offiziell genehmigter Taxen

Muster-Arbeitsvertrag (für Mitarbeitende mit Rente)

**Notwendige Unterlagen bei Verlängerung des Antrags**

Bei einer Verlängerung des Aufenthalts sind erneut ein Antrag zur Kostenübernahme sowie eine Kopie der aktuellen Betriebsbewilligung und der aktuellen genehmigten Taxen einzureichen.

**Grundsätze**

* Jeder Bezug von Leistungen der Behindertenhilfe setzt eine **Anmeldung zur Individuellen Bedarfsermittlung** gemäss § 10 BHV BS beim zuständigen Amt für Sozialbeiträge, Abteilung Behindertenhilfe voraus.
* Inner- und ausserkantonale Institutionen können nach § 43 BHV BS im Einzelfall anerkannt werden, wenn für die Person mit Behinderung **kein geeignetes Wohn- und Betreuungsangebot** in einer IFEG-Institution des Kantons Basel-Stadt oder in einer ausserkantonalen Institution mit IVSE-Anerkennung gefunden werden kann.
* Einzelfallanerkennungen sind an die jeweilige Person und deren Dauer des Aufenthalts gebunden. Ein im Einzelfall bewilligter Antrag schafft **kein Präjudiz** für künftige Anträge.
* Bei Anerkennungen im Einzelfall sind die vom Regierungsrat festgelegten **Normkosten** gemäss §§ 20 ff. BHV BS zu berücksichtigen.

**Adresse zum Einreichen des Antrags:**

Amt für Sozialbeiträge

Behindertenhilfe

Grenzacherstrasse 62

4005 Basel

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Telefon +41 61 267 84 86

E-Mail: [behindertenhilfe@bs.ch](mailto:behindertenhilfe@bs.ch)

[www.asb.bs.ch/behindertenhilfe](http://www.asb.bs.ch/behindertenhilfe)

**Anhang: Stellungnahme zum Eintritt in eine nicht IVSE-Institution**

|  |  |
| --- | --- |
| Welche alternativen Wohn- und / oder Tagesstrukturangebote innerkantonal und ausserkantonal wurden überprüft? | |
| Aus welchen Gründen haben sich die überprüften Angebote als ungeeignet herausgestellt? | |
| Welche fachlichen Gründe sprechen für das Angebot in der ausgewählten Nicht-IVSE-Institution? | |
| Ausgefüllt durch: | Datum: |