******Gesuch um Kostenübernahmegarantie (KÜG)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zur Einrichtung** | | | **IVSE-Bereich**  **C** |
| Name | **Haus Gilgamesch** | | |
| Strasse, Nr. | **Herrenweg 8** | Telefon | **061 301 38 42** |
| PLZ, Ort | **4054 Basel** | Fax | **086 061 301 38 42** |
| Abteilung / Standort |  | E-Mail | **info@gilgamesch.ch** |

**Angaben zur Person**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name |  | | Vorname |  | |
| Geburtsdatum |  | | Geschlecht |  | |
| Sozialversicherungs-Nr. |  | | Staatsangehörigkeit |  | |
| Angaben zur Invalidität |  | | Hilflosigkeitsgrad |  | |
| Zivilrechtlicher Wohnsitz | Strasse, Nr. |  | | | |
|  | PLZ, Ort, Kanton |  | | | |
| Beistandschaft | ja  nein |  | | | |
| Adresse Beistand / Beiständin | Name, Vorname |  | | Telefon |  |
| Strasse, Nr. |  | | E-Mail |  |
| PLZ, Ort |  | |  |  |
| Zuweisende Stelle (Name, Adresse, Telefon, E-Mail) |  | | | | |

**Angaben zum Aufenthalt**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum des Eintritts |  | Aufenthalt geplant bis | unbefristet |
| Beginn der KÜG |  |  |  |

**Angaben zu den Leistungen und zur Leistungsabgeltung**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Methode P (Pauschale)** | | | |  | | |
|  | | Leistung 1 | |  | | |
| Leistung/en | | **Wohnen mit Beschäftigung** | |  | | |
| Verrechnungseinheit | | **Kalendertag** | |  | | |
| Anrechenbarer Nettoaufwand (=Verrechenbarer Aufwand) | | Fr. | **330.--** |  | **max. 7 Tage Abbruchpauschale** | |
| Ort und Datum | **Basel,** | | | Ort und Datum | |  |
| Einrichtung: | **Haus Gilgamesch Herrenweg 8 4054 Basel** | | | 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 |  | | | Name, Vorname | |  |
|  | | | |  | | |
| Unterschrift | **……………………………………………………...** | | | Unterschrift | | **……………………………………………………...** |
| Zuständige kantonale Stelle: | | | | Basel, | | |
|  | | | |  | | |
| Gesundheitsdepartement Basel-Stadt  Abteilung Sucht  Malzgasse 30  Postfach  4001 Basel | | | | Unterschrift Verbindungsstelle IVSE Basel-Stadt:  **………………………………………………………………………..** | | |
| Kontakt (Name) | | **Dunja Liuzzo** |
| Telefon | | **061 267 89 28** |
| E-Mail | | **dunja.liuzzo@bs.ch** |

**Bemerkungen der Verbindungsstelle**

|  |
| --- |
|  |