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

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zur Einrichtung** | **IVSE-Bereich**  **FORMCHECKBOX C** |
| Name | **Chratten**  |
| Strasse, Nr. | **Auszeit & Integration** | Telefon | **061 791 01 31** |
| PLZ, Ort | **4229 Beinwil** | Fax | **061 791 01 69** |
| Abteilung / Standort |  | E-Mail | **info@chratten.ch** |

**Angaben zur Person**

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

**Angaben zum Aufenthalt**

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

**Angaben zu den Leistungen und zur Leistungsabgeltung**

|  |  |
| --- | --- |
|  **FORMCHECKBOX Methode P (Pauschale)** |  |
|  | Leistung 1 |   |
| Leistung/en | **Wohnen mit Beschäftigung** |  |
| Verrechnungseinheit | **Kalendertag** |  |
| Anrechenbarer Nettoaufwand (=Verrechenbarer Aufwand) | Fr. | **348.--** |  | **Max. 7 Tage Abbruchpauschale** |
| Ort und Datum | **Beinwil,**  | Ort und Datum |  **FORMTEXT** |
| Einrichtung:  | **Chratten Auszeit & Integration4229 Beinwil** | 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 |  **FORMTEXT** | Name, Vorname |  **FORMTEXT** |
|  |  |
| Unterschrift |  **FORMTEXT ……………………………………………………...** | Unterschrift |  **FORMTEXT ……………………………………………………...** |
| Zuständige kantonale Stelle: | Basel,  |
|  |  |
| Gesundheitsdepartement Basel-StadtAbteilung SuchtMalzgasse 30Postfach4001 Basel | Unterschrift Verbindungsstelle IVSE Basel-Stadt:**………………………………………………………………………..** |
| Kontakt (Name) | **Dunja Vanni** |
| Telefon | **061 267 89 28** |
| E-Mail | **dunja.vanni@bs.ch** |

**Bemerkungen der Verbindungsstelle**

|  |
| --- |
|  **FORMTEXT** |