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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zur Einrichtung** | | | **IVSE-Bereich**  **C** |
| Name | **Chratten** | | |
| Strasse, Nr. | **Suchttherapie** | Telefon | **061 791 01 31** |
| PLZ, Ort | **4229 Oberbeinwil** | Fax | **061 791 01 69** |
| Abteilung / Standort |  | E-Mail | **info@chratten.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. | **348.--** |  | **Max. 7 Tage Abbruchpauschale** | |
| Ort und Datum | **Oberbeinwil,** | | | Ort und Datum | |  |
| Einrichtung: | **Chratten Suchttherapie 4229 Oberbeinwil** | | | 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 Vanni** |
| Telefon | | **061 267 89 28** |
| E-Mail | | **dunja.vanni@bs.ch** |

**Bemerkungen der Verbindungsstelle**

|  |
| --- |
|  |