**Antrag auf Bewilligung des Leistungsbezugs und Beitragsverfügung**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Angaben zur Person und Kontaktdaten** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Frau | | | | | | |  | | | | | | Herr |
| Name: |  | | | | | | | Vorname: | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  | | | | | |  |
| Geburtsdatum: |  | | | | | | | Sozialversicherungs-Nr.: | | | | | | 756. |
|  | *(Tag/Monat/Jahr)* | | | | | | |  | | | | | | *(13-stellig)* |
|  |  | | | | | | |  | | | | | |  |
| Telefon: |  | | | | | | | Email *(freiwillig)*: | | | | | |  |
| **Zivilrechtlicher Wohnsitz** *(da bin ich angemeldet, registriert)* | | | | | | | | | | | | | | |
| Strasse, Nr.: |  | | | | | | | PLZ, Ort: | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  | | | | | |  |
|  | seit Geburt | | | | | | | oder  seit: | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  | | | | | | *(Tag/Monat/Jahr)* |
| **Korrespondenzadresse** *(falls abweichend vom zivilrechtlichen Wohnsitz)* | | | | | | | | | | | | | | |
| Strasse, Nr.: |  | | | | | | | PLZ, Ort: | | | | | |  |
|  |  | | |  | | | | | | |  | | |  |
| **Diagnose(n)** *(Angabe freiwillig)*: | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | | | |
| **Wie wohnen Sie aktuell (vor dem geplanten Leistungsbezug)?** | | | | | | | | | | Bitte auswählen | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |  | | | |  |
|  | Name der Einrichtung: | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | |  | | | |  |
| 1. **Angaben zum anerkannten Leistungserbringer für den geplanten Leistungsbezug** | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  | | | | | |  |
| Name: |  | | | | | | | Abteilung / Standort: | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  | | | | | |  |
| Strasse, Nr.: |  | | | | | | | PLZ, Ort: | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  | | | | | |  |
| Kontaktperson in dieser Einrichtung / Leistungserbringer: | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  | | | | | |  |
| 1. **Angaben zum geplanten Leistungsbezug** | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  | | | | | |  |
| ab: |  | | | | bis: | | |  | | |  | | | unbefristet |
|  | *(Tag/Monat/Jahr)* | | | |  | | | *(Tag/Monat/Jahr)* | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  | | | | | |  |
| 1. **Angaben zu den Leistungen** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Leistung 1:** | | | | |  | **Leistung 2:** | | | | | |  | **Leistung 3:** |
|  | Bitte auswählen | | | | |  | Bitte auswählen | | | | | |  | Bitte auswählen |
|  |  | | | | |  |  | | | | | |  |  |
| **Bedarfsstufe:** |  | | | | |  |  | | | | | |  |  |
|  |  | | | | |  |  | | | | | |  |  |
| *nur für Leistungen im Lebensbereich Tagesstruktur (Angabe in Stunden pro Woche):* | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  |  | | | | | |  |
| **Pensum:** | h / Wo | | | | |  | h / Wo | | | | | |  | h / Wo |
| *(max. 42 Stunden / Woche)* | | | | | | *(max. 42 Stunden / Woche)* | | | | | | | *(max. 42 Stunden / Woche)* | |
|  |  | | | | |  |  | | | | | |  |  |
| 1. **Bestätigung und Unterschrift** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | |  | | |
| Die / Der Unterzeichnende bestätigt, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Sie / Er verpflichtet sich, allfällige Änderungen unverzüglich mit dem Formular „Mutationsmeldung“ zu melden. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | |
| **antragstellende Person / gesetzliche Vertretung:** | | | | | | | |  | **leistungsanbietende Institution:** | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | | | |  |
| Name, Vorname: | | |  | | | Name, Vorname: | | | | | | | |  |
|  | | |  | | |  | | | | | | | |  |
| Ort und Datum: | | |  | | | Ort und Datum: | | | | | | | |  |
|  | | |  | | |  | | | | | | | |  |
| Unterschrift: | | |  | | | Unterschrift  und Stempel: | | | | | | | |  |
|  | | |  | | |  | | | | | | | |  |
| *Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterzeichnete Formular per Post an folgende Adresse:* | | | | | | | | | | | | | | |
| **Amt für Kind, Jugend und Behindertenangebote, Postfach 204, Ergolzstrasse 3, 4414 Füllinsdorf** | | | | | | | | | | | | | | |