|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zur Einrichtung** |  |  |
| Name |  |  |  |
| Strasse, Nr. |       | Telefon |       |
| PLZ, Ort |       | Fax |       |
| Abteilung / Standort |       | Mail |       |
| **Angaben zur Person** |
| Name |  | Vorname |  |
| Geburtsdatum |       | Geschlecht | **[ ]**  männlich **[ ]**  weiblich |
| Sozialversicherungs-Nr. |     .      .      .    | Staatsangehörigkeit: |  |
| Angaben zur Invalidität |  | Hilflosigkeitsgrad  |  |
| Zivilrechtlicher Wohnsitz beim Ersteintritt (Wohnen) | Wohnsituation vor Eintritt |
| (Strasse, PLZ, Ort, Kanton)       |  |

|  |
| --- |
| Beistandschaftliche Massnahme  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beistand / Beiständin | Name, AdresseTelefon, E-Mail |            |
| Andere Kontaktperson | Name, AdresseTelefon, E-Mail Funktion |                 |
| **Einkommen durch:** | **Sozialhilfe** | **[ ]**  | **IV-Rente** | [ ]  | IV-Taggeld | [ ]  | Sonstige [ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

|  |
| --- |
| **Angaben zum Aufenthalt** |
| Datum des Eintritts:       | Beginn KüG: |       |

|  |
| --- |
| **Leistungen und Leistungsabgeltung** |
| **[x]  Methode P (Pauschale)**  |  |
|  | Leistung  |
| Gesamtstufe IHP / Stufe |  |
| Leistung/en |  |
| Verrechnungseinheit | **Monatspauschale** |
| Anrechenbarer Nettoaufwand(=Verrechenbarer Aufwand) | Fr.       |

|  |
| --- |
| **Erforderliche Unterschriften** |
| **Unterschrift der Einrichtung/Stempel**Ort und Datum:       | Unterschrift: ......................................................................................... |
| Einwilligung der unterschriftsberechtigten Person  | Ort, Datum:      |
| Bestätigung und Einwilligung Die oder der 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 Standortkanton erforderliche Auskünfte zu erteilen. |
| Name:       | Vorname:       | Unterschrift: ............................................................................................ |
|

|  |  |
| --- | --- |
| ** Antrag auf Kostengutsprache der Sozialhilfe** | **Antrag auf Kostenübernahmegarantie ** |
| **Auskunft Sozialhilfe:**Sozialhilfe Basel**Sibylle Berger****061 685 16 74** | **Einsenden an die**Zuständige Sachbearbeitung Wenn unbekannt:**WSU des Kantons BS****Sozialhilfe****Klybeckstrasse 15****Postfach 570****4007 Basel** | **Auskunft Behindertenhilfe:**Abteilung BehindertenhilfeSekretariat**behindertenhilfe@bs.ch****061 267 84 86** | **Einsenden an:****Amt für Sozialbeiträge****Abteilung Behindertenhilfe****Grenzacherstrasse 62****Postfach****4005 Basel** |
|  |  | **Dieses Formular ist in zweifacher Ausführung der Abteilung Behindertenhilfe des Kantons Basel-Stadt einzureichen** | **** |
|  |