Antrag auf vorläufige (IVSE-) Kostenübernahmegarantie /   
Beitragsverfügung (BL) bei beschleunigtem Verfahren

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wichtige Hinweise** | | | | | |
| * Dieser Antrag bei beschleunigtem Verfahren gemäss Verordnung über die Behindertenhilfe (§19 BHV BS / § 18 BHV BL) ist ausschliesslich für Personen mit Behinderung und zivilrechtlichem **Wohnsitz** im Kanton Basel-Stadt oder im Kanton Basel-Landschaft zu verwenden. * Der Leistungsbezug im beschleunigten Verfahren kann ausschliesslich bei einem **anerkannten Leistungserbringer** in den Kantonen Basel-Stadt oder Basel-Landschaft erfolgen. * **Ergänzend zu diesem Antrag** ist durch die Person mit Behinderung zwingend eine **Anmeldung zur Individuellen Bedarfsermittlung** beim zuständigen Amt einzureichen. * Beide Anträge sind dem zuständigen Amt spätestens innerhalb von **fünf Arbeitstagen ab Leistungsbezug** einzureichen. * Gemäss § 16 BHV BS / § 15 BHV BL bedarf es eines Gesuches für den Leistungsbezug durch die Institution. Der vorliegende Antrag ersetzt das entsprechende kantonale (IVSE-) Gesuch. Da noch keine definitive Stufe aus der Bedarfsermittlung vorliegt, kann eine Kostenübernahmegarantie allerdings nur vorläufig und für eine Dauer von maximal drei Monaten ausgestellt werden (§ 19 Abs, 4 BHV BS / § 18 Abs, 4 BHV BL). Steht das Ergebnis der Bedarfsermittlung fest, stellt der Leistungserbringer rückwirkend zum Eintrittsdatum ein KÜG-Gesuch bzw. einen Antrag auf Bewilligung des Leistungsbezugs und Beitragsverfügung (BL) mit der definitiven Bedarfsstufe. * Für den Leistungsbezug von ausschliesslich Leistungen im Bereich der **Tagesstruktur** ist **kein beschleunigtes Verfahren** mit provisorischer Kostenübernahme vorgesehen. Hier ist eine reguläre Anmeldung zur Individuellen Bedarfsermittlung einzureichen. Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt können dieses Formular jedoch nutzen, um dem Amt einen **sofortigen Eintritt** im Bereich der Tagesstruktur als Voraussetzung für eine rückwirkende Kostenübernahme zu melden. | | | | | |
|  | | | | | |
| **1. Angaben zur Person** | | | | | |
| Name |  | | Vorname |  | |
| Geburtsdatum |  | | Geschlecht | männlich  weiblich | |
| Sozialversicherungs-Nr. | 756.\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_ | | zivilrechtlicher Wohnsitz |  | |
|  |  | |  |  | |
| **2. Beabsichtigter Leistungsbezug** | | | | | |
| **Beantragte Leistungen der Behindertenhilfe** | | | | | |
|  | Wohnen | |  | Tagesstruktur | |
|  |  | ambulant (zuhause lebend) |  |  | Betreute Tagesgestaltung |
|  |  | stationär (betreutes Wohnen, Wohnheim) |  |  | Begleitete Arbeit |
| **Beginn des Leistungsbezugs / Eintrittsdatum (tt.mm.jjjj)** | | | | | |
| Datum |  | |  |  | |
| **Institution** | | | | | |
| Name Leistungserbringer |  | | Ansprechperson |  | |
| Strasse, Nr |  | | Telefon |  | |
| PLZ, Ort |  | | Fax |  | |
| Abteilung / Standort |  | | E-Mail |  | |
| **Pensum Tagesstruktur** | | | | | |
| Stunden pro Woche |  | | Pensum in % |  | |
|  |  | | (auf Basis von 42 Wochenstunden) | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. Begründung** | | | |
| Bitte beschreiben Sie kurz die Situation, weshalb ein sofortiger Leistungsbezug notwendig ist / war und die Individuelle Bedarfsermittlung vor dem Leistungsbezug nicht möglich ist / war. | | | |
|  | | | |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. Bestätigung und Unterschrift** | | | | | |
| Die Unterzeichnenden bestätigen, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Mit der Unterzeichnung dieses Formulars wird das zuständige Amt (siehe unten) ermächtigt, die für die Abklärung der Individuellen Bedarfsermittlung erforderlichen Auskünfte bei den Organen der Sozialversicherungen einzuholen sowie den in dieser Anmeldung benannten Institutionen über den Stand und das Ergebnis der Bedarfsermittlung zu informieren. | | | | | |
|  | |  |  | |  |
| **Unterschriftsberechtige Person** | | | | | |
| Name, Vorname | |  | Ort, Datum | |  |
| Unterschrift | |  | | | |
| **Leistungserbringer** | | | | | |
| Name, Vorname | |  | Ort, Datum | |  |
| Leistungserbringer | |  |  | |  |
| Unterschrift und Stempel | |  | | | |
|  | |  | | | |
| **5. Versand** | | | | | |
| **Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterzeichnete Formular per Post an das für Sie zuständige Amt.** | | | | | |
| Bildergebnis für basel stadt baselland wappen | Zivilrechtlicher Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt  **Amt für Sozialbeiträge**  Behindertenhilfe  Grenzacherstrasse 62  Postfach  4005 Basel | | **Bildergebnis für basel stadt baselland wappen** | Zivilrechtlicher Wohnsitz im Kanton Basellandschaft  **Amt für Kind, Jugend und Behindertenangebote**  Postfach 204  Ergolzstrasse 3  4414 Füllinsdorf | |
| **Bitte stellen Sie sicher, dass neben diesem Antrag die Anmeldung zur Individuellen Bedarfsermittlung spätestens innerhalb von fünf Arbeitstagen ab Leistungsbezug dem zuständigen Amt zugestellt wird.** | | | | | |