**Antrag auf Bewilligung des Leistungsbezugs und Beitragsverfügung mit Kostendach**

|  |
| --- |
| 1. **Angaben zur leistungsbeziehenden Person und Kontaktdaten**
 |
|[ ]  Frau |[ ]  Herr |
| Name: |   | Vorname: |   |
|  |  |  |  |
| Geburtsdatum: |   | Sozialversicherungs-Nr.: |   |
|  | *(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: |   |
|  |  |  |  |
| **Hauptbehinderungsart:** | Bitte auswählen | Sonstige: |   |
|  |  |  |  |  |
| **Diagnose(n)** *(Angabe freiwillig)*: |   |
|  |  |  |  |
| **Wie wohnen Sie aktuell (vor dem geplanten Leistungsbezug)?** | privat (alleine oder mit anderen Personen) |
|  |  |  |  |  |
|  | Name der Einrichtung: |   |
|  |  |  |  |
| 1. **Angaben zum geplanten Leistungsbezug (bei registrierten Privatpersonen)**
 |
|  |  |  |  |
| ab: |   | bis: |   |[x]  unbefristet |
|  | *(Tag/Monat/Jahr)* |  | *(Tag/Monat/Jahr)* |
|  |  |  |
|  | **Leistung 1:** |  | **Leistung 2:** |  |
|  | Wohnen am Tag |  | Wohnen in der Nacht |  |
|  |  |  |  |  |
| Stunden pro Monat gemäss IHP: |   |  |   |  |
| Verrechungseinheit: | 37.00 CHF / Stunde |  | 50.00 CHF / Stunde |  |
| Kostendach  |   |  |   |  |
|  |  |  |  |  |
| 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. |
|  |  |  |  |
| **Unterschriftsberechtigte Person:** |  |  |
|  |  |  |  |
| Name, Vorname: |   |  |  |
|  |  |  |  |
| Ort und Datum: |   |  |  |
|  |  |  |  |
| Unterschrift: |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *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** |