**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: | |  | | | |  | | 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** | | | | | | | | | | | | | | | |