### **logo_fr_300.jpgSozialvorsorgeamt (SVA)**, Route des Cliniques 17, 1701 Freiburg

### Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE) **Gesuch um Kostenübernahmegarantie (KÜG)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Angaben zur Einrichtung | | | **IVSE-Bereich**  **C** |
| Name |  | | |
| Strasse, Nr. |  | Telefon |  |
| PLZ, Ort |  | Fax |  |
| Abteilung / Standort |  | E-Mail |  |

## Angaben zur Person

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name |  | | Vorname |  | |
| Geburtsdatum |  | | Geschlecht |  | |
| Sozialversicherungs-Nr. |  | | Staatsangehörigkeit |  | |
| Angaben zur Invalidität |  | | Hilflosigkeitsgrad |  | |
| Zivilrechtlicher Wohnsitz | Strasse, Nr. |  | | | |
|  | PLZ, Ort, Kanton |  | | | |
| Beistandschaft | ja  nein |  | | | |
| Adresse Beistand / Beiständin | Name, Vorname |  | | Telefon |  |
| Strasse, Nr. |  | | E-Mail |  |
| PLZ, Ort |  | |  |  |
| Zuweisende Stelle (Name, Adresse, Telefon, E-Mail) |  | | | | |

## Angaben zum Aufenthalt

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum des Eintritts |  | Aufenthalt geplant bis | unbefristet |
| Beginn der KÜG |  | Zusätzliche Schnupperzeit, Anzahl Tage |  |

## Angaben zu den Leistungen und zur Leistungsabgeltung

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Methode P (Pauschale)** | | | | **Methode D (Defizitdeckung)** | | |
|  | | Leistung 1 | | Leistung 2 | | |
| Leistung/en | |  | |  | | |
| Leistungsstufe | |  | |  | | |
| Verrechnungseinheit | |  | |  | | |
| Anrechenbarer Nettoaufwand (=Verrechenbarer Aufwand) | | Fr. |  | Fr. |  | |
| Ort und Datum |  | | | Ort und Datum | |  |
| Einrichtung: |  | | | Bestätigung und Einwilligung:  Die oder der handlungsfähige 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 dem Standortkanton erforderliche Auskünfte zu erteilen.  Unterschriftsberechtigte Person: | | |
| Name, Vorname |  | | | Name, Vorname | |  |
|  | | | |  | | |
| Unterschrift | **……………………………………………………...** | | | Unterschrift | | **……………………………………………………...** |
| Ort und Datum |  | | | Ort und Datum | |  |
|  | | | |  | | |
| Innerkantonal zuständige Stelle des Standortkantons: | | | | Verbindungsstelle IVSE des Standortkantons: | | |
|  | | | | **SVA** | | |
|  | | | |  | | |
| Unterschrift | **……………………………………………………...** | | | Unterschrift | | **……………………………………………………...** |
| Kontakt (Name) |  | | | Kontakt (Name) | | **Rouiller-Zbinden Carmen** |
| Telefon |  | | | Telefon | | **026 305 29 68** |
| E-Mail |  | | | E-Mail | | **Carmen.Rouiller@fr.ch** |

## Bemerkungen der Verbindungsstelle

|  |
| --- |
|  |