|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Departement des Innern |  |  |
| Amt für Gesundheit und Soziales |  |  |
| Verbindungsstelle IVSE          Kollegiumstrasse 28  Postfach 2161  6431 Schwyz  Telefon 041 819 16 66  Telefax 041 819 20 49 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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)** | | | |  | | | | | | |
|  | | Leistung 1 | | | | Leistung 2 | | | Leistung 3 | |
| Leistung/en | |  | | | |  | | |  | |
| Leistungsstufe | | keine | | | | keine | | | keine | |
| Verrechnungseinheit | |  | | | |  | | |  | |
| Anrechenbarer Nettoaufwand =Verrechenbarer Aufwand) | | Fr. |  | | | 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 | | | Schwyz, | | |
|  | | | | | Verbindungsstelle IVSE des Standortkantons: | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | | Unterschrift | | | **……………………………………………………...** | | |
|  |  | | | | Kontakt (Name) | | | Silvia Bruhin | | |
|  |  | | | | Telefon | | | 041 819 16 66 | | |
|  |  | | | | E-Mail | | | silvia.bruhin@sz.ch | | |

**Bemerkungen der Verbindungsstelle**

|  |
| --- |
|  |