|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Departement des Innern |  |  |
| Amt für Gesundheit und Soziales |  |  |
| Verbindungsstelle IVSE    Kollegiumstrasse 28Postfach 21616431 SchwyzTelefon 041 819 16 66Telefax 041 819 20 49 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesuch um Kostenübernahmegarantie (KÜG)****Angaben zur Einrichtung** | **IVSE-Bereich** **[x]  B** |
| 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 |  | Pflegestufe |  |
| Zivilrechtlicher Wohnsitz beim Ersteintritt (Wohnen)(Strasse, Nr., PLZ, Ort, Kanton) |  | Wohnsituation vor Eintritt |
| Aktueller zivilrechtlicher Wohnsitz (wenn nur Tagesstruktur)(Strasse, Nr., PLZ, Ort, Kanton) |  |
| Beistandschaftliche Massnahme |  |
| Beistand / Beiständin | Name, Adresse |  |
|  | Telefon, E-Mail |  |
| Andere Kontaktperson | Name, Adresse |  |
|  | Telefon, E-Mail |  |
|  | Funktion |  |

**Angaben zum Aufenthalt**

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

**Angaben zu den Leistungen und zur Leistungsabgeltung**

|  |  |
| --- | --- |
| **[x]  Methode P (Pauschale)** |  |
|  | Leistung 1 | Leistung 2 | Leistung 3 |
| Leistung/en |  |  |  |
| Leistungsstufe |  |  |  |
| Verrechnungseinheit |  |  |  |
| Anrechenbarer Nettoaufwand=Verrechenbarer Aufwand) | Fr. |  | Fr. |  | Fr. |  |
| Beschäftigungsgrad (nur Tagesstruktur) |  |  |  |
| 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**

|  |
| --- |
|  |