

Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE)



# Gesuch um Kostenübernahmegarantie (KÜG)

|  |  |
| --- | --- |
| Angaben zur Einrichtung | **IVSE-Bereich** **[x]  B** |
| Name |  |
| Strasse, Nr. |  | Telefon |  |
| PLZ, Ort |  | Fax |  |
| Abteilung / Standort |  | E-Mail |  |
| Angebot auf Pflegeheimliste | [ ]  ja [ ]  nein |  |  |

## 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

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]  Methode P (Pauschale)** | **[ ]  Methode D (Defizitdeckung)** |
|  | 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 | **……………………………………………………...** |
| Innerkantonal zuständige Stelle des Standortkantons: | Ort und Datum |  |
|  | Verbindungsstelle IVSE des Standortkantons: |
|  **Sozialamt des Kantons Thurgau** |  **Sozialamt des Kantons Thurgau** |
|  |  |
|  | Promenadenstrasse 168510 Frauenfeld | Unterschrift Kontakt (Name) | **……………………………………………………...Abteilung Soziale Einrichtungen** |
| Telefon | 058 345 68 20 | Telefon E-Mail | **058 345 68 20**kostengutsprachen-ivse.soa@tg.ch |

## Bemerkungen der Verbindungsstelle

|  |
| --- |
|  |