### sg_wappen_1c_13mm(600dpi).pngKanton St.Gallen

### Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE)

# Gesuch um Kostenübernahmegarantie (KÜG)

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

## Angaben zur Person

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name |  | | | | Vorname | |  |
| Geburtsdatum |  | | | | Geschlecht | |  |
| Sozialversicherungs-Nr. |  | | | | Staatsangehörigkeit | |  |
| Zivilrechtlicher Wohnsitz,  (Strasse, Nr., PLZ, Ort, Kanton) | | | |  | | | |
| Aufenthaltsort (bei externer Sonderschulung),  (Strasse, Nr., PLZ, Ort, Kanton) | | | |  | | | |
| Kindesschutz-/Erwachsenenschutzmassnahme | | | |  | | | |
| Vormund / Vormundin  Beistand / Beiständin | | Name, Vorname | |  | | | |
| Strasse, Nr., PLZ, Ort | |  | | | |
|  | | Telefon, E-Mail | |  | | | |
| Name und Adresse Vater  (Strasse, Nr., PLZ, Ort, Kanton) | |  | | | | Sorgeberechtigter Elternteil  ja  nein  Entzug Aufenthaltsbestimmungs- recht/Obhut  ja  nein | |
| Name und Adresse Mutter  (Strasse, Nr., PLZ, Ort, Kanton) | |  | | | | Sorgeberechtigter Elternteil  ja  nein  Entzug Aufenthaltsbestimmungs- recht/Obhut  ja  nein | |
| Name und Adresse der zuweisenden Behörde  (Strasse, Nr., PLZ, Ort) | | |  | | | | |

## Angaben zum Aufenthalt

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum des Eintritts |  | Aufenthalt geplant bis | unbefristet | intern |
| Beginn der KÜG |  | Jugendstrafrechtliche Massnahme | ja  nein | extern |

## Angaben zu den Leistungen und zur Leistungsabgeltung

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Methode P (Pauschale)** | | | |  | | | | |
|  | | Leistung 1 | | Leistung 2 | | | Leistung 3 | |
| Leistung/en | | **Schule/Unterricht** | | **Wohnen** | | | **\* Wochenende/Ferien** | |
| Leistungsstufe | | **keine** | | **keine** | | | **keine** | |
| Verrechnungseinheit | | **Präsenztag** | | **Präsenztag** | | | **Präsenztag** | |
|  | |  |  |  |  | |  |  |
| Verrechenbarer Aufwand | | Fr. |  | Fr. |  | | Fr. |  |
|  | |  |  |  |  | |  |  |
| Ort und Datum |  | | |  | | | | |
| Einrichtung: |  | | |  | | | | |
| Name, Vorname |  | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| Unterschrift | **……………………………………………………...** | | |  | | | | |
| Ort und Datum |  | | | Ort und Datum | |  | | |
| Innerkantonal zuständige Stelle des Standortkantons: **St.Gallen** | | | | Verbindungsstelle IVSE des Standortkantons: **St.Gallen** | | | | |
| **Bildungsdepartement, Amt für Volksschule, Sonderpädagogik**  **A** | | | | **Departement des Innern, Amt für Soziales** | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| Unterschrift | **……………………………………………………...** | | | Unterschrift | | **……………………………………………………...** | | |
| Kontakt (Name) | **Nicole Krapf** | | | Kontakt (Name) | | **Nicole Hutter** | | |
| Telefon | **+41 58 229 89 47** | | | Telefon | | **+41 58 229 24 42** | | |
| E-Mail | **nicole.krapf@sg.ch** | | | E-Mail | | **nicole.hutter@sg.ch** | | |

## Bemerkungen der Verbindungsstelle

|  |
| --- |
| **\*** **Behinderungsbedingte Wochenend- und Ferienbetreuung** |