**Gesuch um Kostenübernahmegarantie**

**für Minderjährige in anerkannten Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zur Einrichtung** |  |  |
| NameStrasse, Nr.PLZ, OrtAbteilung / Standort  |  | Telefon Fax  E-Mail  |
| Angebot auf Pflegeheimliste | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| **Angaben zur Person** |
| Name |  | Vorname |       |
| Geburtsdatum |  | Geschlecht |  |
| Sozialversicherungs-Nr. |  | Staatsangehörigkeit: |       |
| Angaben zur Invalidität |  |  |
| Zivilrechtlicher Wohnsitz | PLZ, OrtStrasse, Nr. |            |
| Name und Adressse der gesetzliche Vertretung | Name, VornameStrasse, Nr.PLZ, Ort |                 | Telefon E-Mail |            |
| Name und Adressse der zuweisenden Behörde | BehördeStrasse, Nr.PLZ, Ort |                 | 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** |
| **[x]  Methode P (Pauschale)**  |  |
| Leistung |  |  | Einstufung Hilflosigkeit:  |
| Leistungsstufe |  |  | *Nutzung des Angebots*       *Tage/Woche \** |
| Verrechnungseinheit | ***Monatspauschale*** |  |  |
| Pauschale gem. aktuell gültiger LV zwischen Einrichtung und Kt. SG | Fr.  |  | \* gilt nur für Tagesstruktur (mehr 2 Std.: ½ Tag,  mehr als 5 Std.: 1 ganzer Tag) |
| Ort und Datum      , Einrichtung:Name, Vorname      Unterschrift: ....................................................................................... | Ort und Datum      , Bestätigung und Einwilligung Die gesetzliche Vertretung bestätigt die Angaben. Sie erklärt sich mit der Einholung der KÜG bei Kanton und Gemeinde und mit der zweck-gebundenen Verwendung der Personendaten einverstanden. Unterschriftsberechtigte Person: Name, Vorname      Unterschrift: .............................................................................................. |
| Obligatorische Beilagen:**[ ]**  Nachweis, dass die erstmalige berufliche Ausbildung gemäss Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (abgekürzt IV) abgeschlossen ist oder Nachweis der zuständigen IV-Stelle, dass keine erstmalige berufliche Ausbildung möglich ist.**[ ]**  Beschreibung des Betreuungsbedarfs aus der hervorgeht, dass eine IV-Rente mit Erreichen der Volljährigkeit in höchstem Mass wahrscheinlich erscheint.**[ ]**  Kopie der IV-Renten-Anmeldung | St.Gallen, ..........................................................................................Amt für Soziales des Kantons St.GallenFachabteilung BehinderungUnterschrift ............................................................................................... |
|  | Kontakt (Name):Telefon:E-Mail: | Marcus Walt058 229 43 50marcus.walt@sg.ch |