**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)** | | | | **Methode D (Defizitdeckung)** | | | |
|  | | Leistung 1 | | Leistung 2 | | |  |
| Leistung | | **Schule/Unterricht** | | **Wohnen** | | |  |
| Leistungsstufe | |  | |  | | |  |
| Verrechnungseinheit | |  | |  | | |  |
| Anrechenbarer Nettoaufwand | | Fr. |  | Fr. |  | |  |
| ./. Beiträge BJ | | Fr. |  | Fr. |  | |  |
| Verrechenbarer Aufwand | | Fr. |  | Fr. |  | |  |
| Ort und Datum ,  Unterschrift der Einrichtung:  Unterschrift: ...................................................................................... | | | |  | | | |
| St.Gallen, ........................................................................................  Bildungsdepartement des Kantons St.Gallen Amt für Volksschule / Abteilung Sonderpädagogik:  Unterschrift: …................................................................................ | | | | St.Gallen, .........................................................................................  Unterschrift der IVSE Verbindungsstelle des Standortkantons St.Gallen:  Unterschrift: ...................................................................................... | | | |
| Kontakt  Telefon  E-Mail | Manulea Galfano **058 229 69** **87**  **manuela.galfano@sg.ch** | | | Kontakt  Telefon  E-Mail | | Nicole Hutter **058 229 24 42**  **nicole.hutter@sg.ch** | |

(Bitte das Gesuch 3-fach einreichen)