**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 [ ]  neinEntzug Aufenthaltsbestimmungs-recht/Obhut [ ]  ja [ ]  nein |
| Name und Adresse Mutter(Strasse, Nr., PLZ, Ort, Kanton) |  | Sorgeberechtigter Elternteil [ ]  ja [ ]  neinEntzug 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.GallenAmt für Volksschule / Abteilung Sonderpädagogik:Unterschrift: …................................................................................ | St.Gallen, .........................................................................................Unterschrift der IVSE Verbindungsstelledes Standortkantons St.Gallen:Unterschrift: ...................................................................................... |
| KontaktTelefonE-Mail | Manulea Galfano**058 229 69** **87****manuela.galfano@sg.ch** | KontaktTelefonE-Mail | Nicole Hutter**058 229 24 42****nicole.hutter@sg.ch** |

(Bitte das Gesuch 3-fach einreichen)