**Gesuch um Kostenübernahmegarantie**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zur Einrichtung** | | | | | |  | | | |  | | | |
| Name  Strasse, Nr.  PLZ, Ort  Abteilung / 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** | | | | | | | | | | | | | |
| **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.Gallen  Fachabteilung Behinderung  Unterschrift ............................................................................................... | | | | | | | | | |
|  | | | | Kontakt (Name):  Telefon:  E-Mail: | | | | | Marcus Walt058 229 43 50marcus.walt@sg.ch | | | | |