### Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE) Kanton Zürich

# Gesuch um Kostenübernahmegarantie (KÜG)

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

## Angaben zur Person

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name |  | | Vorname |  | |
| Geburtsdatum |  | | Geschlecht |  | |
| Sozialversicherungs-Nr. |  | | Staatsangehörigkeit |  | |
| Angaben zur Invalidität |  | | Hilflosigkeitsgrad |  | |
| Zivilrechtlicher Wohnsitz | Strasse, Nr. |  | | | |
|  | PLZ, Ort, Kanton |  | | | |
| Beistandschaft | ja  nein |  | | | |
| Adresse Beistand / Beiständin | Name, Vorname |  | | Telefon |  |
| Strasse, Nr. |  | | E-Mail |  |
| PLZ, Ort |  | |  |  |
| Zuweisende Stelle (Name, Adresse, Telefon, E-Mail) |  | | | | |

## Angaben zum Aufenthalt

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum des Eintritts |  | Aufenthalt geplant bis | unbefristet |
| Beginn der KÜG |  |  |  |

## Angaben zu den Leistungen und zur Leistungsabgeltung

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Methode P (Pauschale)** | | |  | |
|  | Leistung | |  | |
| Leistung/en | **Therapie/Rehabilitation/Unterbringung** | |  | |
| Verrechnungseinheit | **Kalendertag** | |  | |
| Anrechenbarer Nettoaufwand (=Verrechenbarer Aufwand) | Fr. |  |  |  |
| Ort und Datum |  | | Ort und Datum |  |
| Einrichtung: |  | | Bestätigung und Einwilligung:  Die oder der handlungsfähige Erwachsene oder die gesetzliche Vertretung bestätigen die Angaben. Sie erklären sich mit der Einholung der KÜG, insbesondere mit der zweckgebundenen Verwendung der Personendaten einverstanden. Die Organe der Sozialversicherung werden ermächtigt, dem Wohn- und dem Standortkanton erforderliche Auskünfte zu erteilen.  Unterschriftsberechtigte Person: | |
| Name, Vorname |  | | Name, Vorname |  |
|  | | |  | |
| Unterschrift | **……………………………………………………...** | | Unterschrift | **……………………………………………………...** |
|  |  | |  |  |
|  |  | | Zürich, DDatum | **……………………………………………………...** |
|  | | |  | |
|  | | | Verbindungsstelle IVSE des Standortkantons: | |
|  | | |  | |
|  |  | | Unterschrift | **……………………………………………………...** |
|  |  | | Kontakt (Name) | **Marc Strebel** |
|  |  | | Telefon | **043 259 24 89** |
|  |  | | E-Mail | **marc.strebel@sa.zh.ch** |

## Bemerkungen der Verbindungsstelle

|  |
| --- |
|  |