**Begründung der Einzelfallprüfung nach § 29 Abs. 2 SEG**

**sowie SEG-Anerkennung für Einzelplatzierungen**

Die zuweisende Stelle/Fachperson nimmt in jedem Fall vorgängig mit den Fachpersonen Kindheit-Jugend-Familie der DISG telefonischen Kontakt für die Vorprüfung auf.

In Absprache mit der DISG wir dieses Formular durch die zuweisende Stelle/Fachperson ausgefüllt und zusammen mit dem Indikationsformular (für Bereich A) oder einem Bericht der Fachperson (Bereich B/C) der vorgesehenen sozialen Einrichtung gesendet.

Die soziale Einrichtung erstellt das Gesuch um Kostenübernahme (KÜG) und schickt dieses zusammen mit den Unterlagen der zuweisenden Stelle/Fachperson an die Dienststelle Soziales und Gesellschaft DISG. Die DISG prüft das KÜG.

**1. Nutzende/r**

**Name:**       **Vorname:**

**Geb.:**        **Geschlecht:** [ ] männlich /[ ] weiblich

**2. Vorgesehene soziale Einrichtung und Angebot**

Soziale Einrichtung

Angebot

**3. Zielsetzung**

Ziel(e) der Platzierung:

**4. Abgeklärte Alternativen und Ergebnisse**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Welche innerkantonalen SEG-Einrichtungen und welche ausserkantonalen IVSE-unterstellten Einrichtungen mit vergleichbaren Leistungen wurden abgeklärt? | Datum der Anfrage und Kontaktperson der Einrichtung | Weshalb kommt eine Platzierung in diesen Einrichtungen nicht in Frage? |
|                                |                                |                                |

**5. Begründung der Wahl der sozialen Einrichtung**

Bitte begründen Sie aus fachlicher Sicht die Wahl der sozialen Einrichtung z.B.

[ ] spezielles pädagogisches Konzept oder Therapieform der Einrichtung bezogen auf den Bedarf der betroffenen Person,

[ ] spezifisches, auf die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Person zugeschnittenes Angebot,

[ ] örtliche Distanz oder Nähe zum Wohnort,

[ ] besondere Infrastruktur oder besonderes Setting,

weitere Gründe

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

**6. Kosten**

Beantragte Pauschale für die Platzierung (nur Anteil SEG):

CHF       pro       (Tag oder Monat)

Ort/Datum: Name der zuweisenden Fachperson: