

# Gesuch um Kostenübernahmegarantie (KÜG)

## Angaben zur Einrichtung IVSE-Bereich B

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Abteilung / Standort |  |
| Strasse, Nr. |  | Telefon |  |
| PLZ, Ort |  | E-Mail |  |

## Angaben zur Person

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Geburtsdatum |  | Geschlecht |  |
| Sozialversicherungs-Nr. |  | Aufenthaltsstatus |  |
| Angaben zur Invalidität |  | Hilflosigkeitsgrad |  |
| Art der Behinderung (hauptsächliche Behinderungsart) | |  | |
| Zivilrechtlicher Wohnsitz: Strasse, Nr., PLZ, Ort, Kanton (im Bereich *Wohnen*: beim Ersteintritt) | |  | |
| Beistandschaft | |  | |
| Andere Kontaktperson Name, Vorname | |  | |
| Adresse, PLZ, Ort | |  | |
| Telefon, E-Mail | |  | |
| Behörde / Institution | |  | |

## Angaben zum Aufenthalt

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

## Angaben zur Leistung und zur Leistungsabgeltung

(es gelten jeweils die aktuellen Leistungsvereinbarungen bzw. IVSE-Tariflisten)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Methode P (Pauschale)** | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
| Leistung | | **\*** | | | \* Leistung "Wohnen mit Beschäftigung" ist bis 31.12.2019 befristet.  Gültig sind nur Leistungen gemäss Leistungsvereinbarung. | | |
| Leistungsstufe | |  | | |
| Verrechnungseinheit | |  | | |  | | |
| Verrechenbarer Tarif | | Fr. |  | |  | | |
| Vereinbartes Pensum in % | | **\*** | | | \* gilt nur für Tagesstruktur (mind. 2 Std. aneinanderhängend: ½ Tag,  mind. 5 Std. mit Unterbruch: 1 ganzer Tag) | | |
| 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 | **……………………………………………………...** |
| Dienststelle Soziales und Gesellschaft  Finanzen und Services  Verbindungsstelle IVSE  Rösslimattstrasse 37  Postfach 3439  6002 Luzern  Tel.: 041 228 68 78  Homepage: [www.disg.lu.ch](http://www.disg.lu.ch)  E-Mail: [disg@lu.ch](mailto:disg@lu.ch) | | | | | | Ort und Datum | Luzern, |

## Bemerkungen der Verbindungsstelle

|  |
| --- |
| Das Formular ist bei Platzierungen von ausserkantonalen Personen in Luzerner Einrichtungen zweifach einzureichen. |