### ૌĘ

# 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 1 | | Leistung 2 | | |
| Leistung/en | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
| Verrechnungseinheit | |  | |  | | |
| Anrechenbarer Nettoaufwand (=Verrechenbarer Aufwand) | | Fr. |  | 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 | | **……………………………………………………...** |
|  |  | | | Ort und Datum | | **Luzern,** |
| **Dienststelle Soziales und Gesellschaft**  **Soziale Einrichtungen**  **Verbindungsstelle IVSE**  **Rösslimattstrasse 37**  **Postfach 3439**  **6002 Luzern** | | | |  | | |
| Verbindungsstelle IVSE des Standortkantons: | | |
|  | | |
| Unterschrift | | **……………………………………………………...** |
| Kontakt (Name) | | **Bobby Simeon** |
| Telefon | | **041 228 51 37** |
| E-Mail | | **bobby.simeon@lu.ch** |

## Bemerkungen der Verbindungsstelle

|  |
| --- |
| **Formular ist vor Eintritt in zweifacher Ausführung auf weissem Papier (1 A4-Seite) einzureichen.** |