|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zur Einrichtung** | | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Adresse, Telefon | | | | | | |  | | | | | | | |
| Angebot | | | | | | |  | | | | | | | |
| **Angaben zur Person** | | | | | | | | | | | | | | |
| Name | | | |  | | | Vorname | |  | | | | | |
| Geburtsdatum | | | |  | | | Geschlecht | | männlich | | | | weiblich | |
| Sozialversicherungsnummer | | | |  | | |  | | | | | | | |
| Adresse Zivilrechtlicher Wohnsitz (Heimaufenthalt begründet keinen Wohnsitz) | | | | | | |  | | | | | | | |
| Name und Adresse der gesetzlichen Vertretung  (bei umfassender Beistandschaft Sitz der Erwachsenenschutzbehörde) | | | | | | |  | | | | | | | |
| Asylsuchende/r | | | | | | Flüchtling / vorläufig Aufgenommene/r | | | | | | | | |
| **Art der Behinderung:** (Hauptsächliche Behinderungsart) | | | | | | | **Beistandschaft:** | | | | | | | |
| geistig | körperlich | psychisch | | | sinnes | | keine | sonstige | | | umfassend | | | |
| **Hilflosigkeit:** | | | | | | | **IV-Status und IV-Massnahme:** | | | | | | | |
| keine | leicht | mittel | | | schwer | | keine | Anmeldung | | | Teilrente | | | Vollrente |
|  | | | | | | | berufliche Massnahme | | | Ausbildung  AHV-Rente | | | | |
| **Angaben zum Aufenthalt** | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum des Eintritts:       Beginn der KÜG:       Verlängerungsgesuch ab:  voraussichtliche Aufenthaltsdauer: | | | | | | | | | | | | | | |
| **Beilagen/Unterschriften** | | | | | | | | | | | | | | |
| Bei freiwilligem Eintritt muss gemäss § 31 Abs. 2 SEV ein Bericht eingereicht werden, der über die Art der Betreuungsbedürftigkeit und die -intensität sowie über das Ziel des Aufenthalts Aufschluss gibt. | | | | | | | | | | | | | | |
| **Unterlagen:** (Zutreffendes ankreuzen) | | | | | | | | | | | | | | |
| Bericht der Einrichtung | | | ärztliches Attest | | | | Überweisungsbericht | | | | | IV-Verfügung | | |

|  |
| --- |
| Bei freiwilligem Eintritt, Unterschrift durch die zu betreuende Person oder deren gesetzliche Vertretung:  *Ich erkläre mich mit der Einholung dieser KÜG und der zweckgebundenen Verwendung der Personendaten einverstanden.*  Ort und Datum       Unterschrift |

|  |
| --- |
| **Stempel/Unterschrift der Einrichtung:**  Ort und Datum |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dienststelle Soziales und Gesellschaft leistet KÜG:**  **Kostenübernahmegarantie, gültig bis:**  Luzern,  Stempel/Unterschrift | **Ja  Nein** |

Formular mit Beilagen bitte an: **Dienststelle Soziales und Gesellschaft, Abteilung Soziale Einrichtungen,**

**Rösslimattstrasse 37, 6002 Luzern, Tel. 041 228 51 37, Fax 041 228 51 76**