### Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE)Verbindungsstelle des Kantons Bern

# Gesuch um Kostenübernahmegarantie (KÜG)

|  |  |
| --- | --- |
| Angaben zur Einrichtung | **IVSE-Bereich** **[x]  B** |
| Name |  |
| Strasse, Nr. |  | Telefon |  |
| PLZ, Ort |  | Fax |  |
| Abteilung / Standort |  | E-Mail |  |
| Angebot auf Pflegeheimliste | [ ]  ja [ ]  nein |  |  |

## Angaben zur Person

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Geburtsdatum |  | Geschlecht |  |
| Sozialversicherungs-Nr. |  | Staatsangehörigkeit |  |
| Angaben zur Invalidität |  | Hilflosigkeitsgrad |  | Pflegestufe |  |
| Zivilrechtlicher Wohnsitz beim Ersteintritt (Wohnen)(Strasse, Nr., PLZ, Ort, Kanton) |  | Wohnsituation vor Eintritt |
| Aktueller zivilrechtlicher Wohnsitz (wenn nur Tagesstruktur)(Strasse, Nr., PLZ, Ort, Kanton) |  |
| Beistandschaftliche Massnahme |  |
| Beistand / Beiständin | Name, Adresse |  |
|  | Telefon, E-Mail |  |
| Andere Kontaktperson | Name, Adresse |  |
|  | Telefon, E-Mail |  |
|  | Funktion |  |

## Angaben zum Aufenthalt

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum des Eintritts |  | Aufenthalt geplant bis  | [ ]  unbefristet |
| Beginn der KÜG |  | Zusätzliche Schnupperzeit, Anzahl Tage |  |

## Angaben zu den Leistungen und zur Leistungsabgeltung

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]  Methode P (Pauschale)** | **[ ]  Methode D (Defizitdeckung)** |
|  | Leistung 1 | Leistung 2 | Leistung 3 |
| Leistung/en |  |  |  |
| Verrechnungseinheit |  |  |  |
| Anrechenbarer Nettoaufwand (=Verrechenbarer Aufwand) | Fr. |  | Fr. |  | Fr. |  |
| Beschäftigungsgrad | **\* Bitte auswählen** | **\* Bitte auswählen** | **\* Bitte auswählen** |
| 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 | **……………………………………………………...** |
|  |  | Bern, |  |
|  | Verbindungsstelle IVSE des Kantons Bern |
|  |  |
|  |  |
|  |  | Unterschrift | **……………………………………………………...** |
|  |  | Kontakt (Name) | **Amt für Integration und Soziales** |
|  |  | Telefon | 031 633 78 84 |
|  |  | E-Mail | **info.ivse@be.ch** |

## Bemerkungen der Verbindungsstelle

|  |
| --- |
| **Bitte vor Eintritt 2-fach einreichen an:****Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern, Amt für Integration und Soziales, IVSE-Verbindungsstelle, Rathausplatz 1, Postfach, 3000 Bern 8** |