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

# 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 |  | Zusätzliche Schnupperzeit, Anzahl Tage |  |

## Angaben zu den Leistungen und zur Leistungsabgeltung

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Methode P (Pauschale)** | | | | **Methode D (Defizitdeckung)** | | |
|  | | 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 | | **……………………………………………………...** |
|  |  | | | Bern, | |  |
|  | | | |  | | |
|  | | | | IVSE-Verbindungsstelle 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:**  **Amt für Integration und Soziales, IVSE-Verbindungsstelle des Kantons Bern, Rathausplatz 1, Postfach, 3000 Bern 8** |