

Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE)

# Gesuch um Kostenübernahmegarantie (KÜG)

|  |  |
| --- | --- |
| Angaben zur Einrichtung | **IVSE-Bereich** **[x]  A** |
| Name |  |
| Strasse, Nr. |  | Telefon |  |
| PLZ, Ort |  | Fax |  |
| Abteilung / Standort |  | E-Mail |  |

## Angaben zur Person

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Geburtsdatum |  | Geschlecht |  |
| Sozialversicherungs-Nr. |  | Staatsangehörigkeit |  |
| Zivilrechtlicher Wohnsitz, (Strasse, Nr., PLZ, Ort, Kanton) |  |
| Aufenthaltsort (bei externer Sonderschulung), (Strasse, Nr., PLZ, Ort, Kanton) |  |
| Kindesschutz-/Erwachsenenschutzmassnahme |  |
| Vormund / Vormundin Beistand / Beiständin | Name, Vorname |  |
| Strasse, Nr., PLZ, Ort |  |
|  | Telefon, E-Mail |  |
| Name und Adresse Vater(Strasse, Nr., PLZ, Ort, Kanton) |  | Sorgeberechtigter Elternteil [ ]  ja [ ]  neinEntzug Aufenthaltsbestimmungs-recht/Obhut [ ]  ja [ ]  nein |
| Name und Adresse Mutter(Strasse, Nr., PLZ, Ort, Kanton) |  | Sorgeberechtigter Elternteil [ ]  ja [ ]  neinEntzug Aufenthaltsbestimmungs-recht/Obhut [ ]  ja [ ]  nein |
| Name und Adresse der zuweisenden Behörde(Strasse, Nr., PLZ, Ort)  |  |

## Angaben zum Aufenthalt

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum des Eintritts |  | Aufenthalt geplant bis  | [ ]  unbefristet | [ ]  intern |
| Beginn der KÜG |  | Jugendstrafrechtliche Massnahme | [ ]  ja [ ]  nein | [ ]  extern |

## Angaben zu den Leistungen und zur Leistungsabgeltung

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]  Methode P (Pauschale)** | **[ ]  Methode D (Defizitdeckung)** |
|  | Leistung 1 | Leistung 2 | Leistung 3 |
| Leistung/en |  |  |  |
| Leistungsstufe |  |  |  |
| Verrechnungseinheit |  |  |  |
| Anrechenbarer Nettoaufwand | Fr. |  | Fr. |  | Fr. |  |
| ./. Beiträge BJ | Fr. |  | Fr. |  | Fr. |  |
| Verrechenbarer Aufwand | Fr. |  | Fr. |  | Fr. |  |
| Ort und Datum |  |  |
| Einrichtung |  |  |
| Name, Vorname |  | Unterschrift ……………………………………………………… |
| Ort und Datum **Frauenfeld, ………………………………………..**Innerkantonal zuständige Stelle des Standortkantons: **Pflegekinder- und Heimaufsicht**Unterschrift ……………………………………………………….Kontakt (Name) Christian SchuppisserTelefon 058 345 73 62E-Mail christian.schuppisser@tg.ch | Ort und Datum **Frauenfeld, ………………………………………..**Verbindungsstelle IVSE des Standortkantons: **Sozialamt des Kantons Thurgau**Unterschrift: ……………………………………………………….Kontakt Abteilung Soziale EinrichtungenTelefon 058 345 68 20E-Mail kostengutsprachen-ivse.soa@tg.ch |

## Bemerkungen der Verbindungsstelle

|  |
| --- |
|  |