

Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE)

# Gesuch um Kostenübernahmegarantie (KÜG)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Angaben zur Einrichtung | | | **IVSE-Bereich**  **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  nein  Entzug Aufenthaltsbestimmungs- recht/Obhut  ja  nein | |
| Name und Adresse Mutter  (Strasse, Nr., PLZ, Ort, Kanton) | |  | | | | Sorgeberechtigter Elternteil  ja  nein  Entzug 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 Schuppisser  Telefon 058 345 73 62  E-Mail christian.schuppisser@tg.ch | | | | Ort und Datum **Frauenfeld, ………………………………………..**  Verbindungsstelle IVSE des Standortkantons:  **Sozialamt des Kantons Thurgau**  Unterschrift: ……………………………………………………….  Kontakt Abteilung Soziale Einrichtungen  Telefon 058 345 68 20  E-Mail kostengutsprachen-ivse.soa@tg.ch | | | |

## Bemerkungen der Verbindungsstelle

|  |
| --- |
|  |