**Gesuch um Kostenübernahme**

**für «Wohnen mit Unterstützungsplan - WUP»**

|  |
| --- |
| **Angaben zur Person** |
| Name |       | Vorname |       |
| Geburtsdatum |       | Geschlecht |  |
| Strasse, Nr.Telefon |            | PLZ, OrtE-Mail |            |
| Sozialversicherungs-Nr. |       | Staatsan­gehörigkeit |       |
| Angaben zur InvaliditätEinstufung Hilflosigkeit  |  |  |
| Beziehen Sie Spitexleistungen  |  |  |
|  |  |  |  |
| zivilrechtlicher Wohnsitz | PLZ, OrtStrasse, Nr. |            |
| Wenn der aktuelle zivilrechtliche Wohnsitz nicht im Kanton St.Gallen liegt, folgend letzten zivilrechtlichen Wohnsitz im Kanton St.Gallen angeben: |
| letzter zivilrechtlicher Wohnsitz im Kanton St.Gallen | PLZ, OrtStrasse, Nr.Wegzugsdatum |                 |
|  |  |  |
| Wenn vorhanden:Name und Adressse der Beistandschaft | Name, VornameStrasse, Nr.PLZ, Ort |                 | TelefonE-Mail |            |
| Name und Adressse der Kontaktperson | Name, VornameStrasse, Nr.PLZ, Ort |                 | Telefon E-Mail |            |
| **Angaben zur Leistungsnutzung** |
| Datum der ersten LeistungsnutzungVoraussichtlicher Leistungserbringer |            | Leistungen geplant bis |      [ ]  unbefristet |
| **Unterschriften** |  |
|      ,      |  |
| Ort / Datum Bestätigung und Einwilligung: Die leistungsnutzende Person und/oder ihre gesetzliche Vertretung bestätigt die Richtigkeit der gemachten Angaben. Sie erklärt sich mit der Einholung der KÜG, insbesondere mit der damit verbundenen Verwendung der Personendaten einverstanden. **Leistungsbezüger**  **Beistandschaft (wenn vorhanden)**Name, Vorname       Name, Vorname       |
| Unterschrift |  | Unterschrift |  |
| Beilagen:[ ] falls Beistandschaft vorhanden, bitte Kopie derErnennungsurkunde mitsenden[ ]  falls IV-Rente, bitte Kopie derIV-Verfügung mitsenden[ ]  falls Sie Spitexleistungen beziehn, bitte Kopie derVerfügung mitsenden |  |  |
|  |  |