**Gesuch um Kostenübernahme**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zur Person** | | | | | | | | | |
| Name |  | | | | | Vorname |  | | |
| Geburtsdatum |  | | | | | Geschlecht |  | | |
| Strasse, Nr.Telefon |  | | | | | PLZ, Ort  E-Mail |  | | |
| Sozialversicherungs-Nr. |  | | | | | Staatsan­gehörigkeit |  | | |
| Angaben zur Invalidität  Einstufung 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 | |  | | | Telefon E-Mail |  | | |
| Name und Adressse der Kontaktperson | Name, VornameStrasse, Nr.PLZ, Ort | |  | | | Telefon E-Mail |  | | |
| **Angaben zur Leistungsnutzung** | | | | | | | | | |
| Datum der ersten Leistungsnutzung  Voraussichtlicher 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 | | | |  |  | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |