Der/die Unterzeichnende leistet der Stiftung Gärtnerhaus Kostengutsprache für:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name** |  | | | | | **Vorname** | | | |  | | |
| **Zivilrechtlicher Wohnsitz** | | | |  | | | | | | | | |
| 🡫 ***Zutreffendes bitte ankreuzen*** | | | | | | | | | | | | |
| **Kanton Aargau** | | | | | | | | | | | | |
| IV-Rentner:in **mit** IV-Ergänzungsleistungen. Die Anmeldung für die Berechnung des individuellen Beitrages ist von der gesetzlichen Vertretung beim SVA einzureichen. Reduktion bei Abwesenheit, pro Nacht | | | | | | | | | | | | Fr. 102.00  Fr. 20.00 |
| IV-Rentenbescheid pendent, nur möglich mit vorgängiger Bewilligung BKS. Reduktion bei Abwesenheiten, pro Nacht | | | | | | | | | | | | Fr. 102.00 Fr. 20.00 |
| **Übrige Kantone** | | | | | | | | | | | | |
| IV-Rentner:in **mit** IV-Ergänzungsleistungen oder IV-Rentenbescheid pendent, zivilrechtlicher Wohnsitz in anderem Kanton (Vorbehalt Bewilligung KÜG) | | | | | | | | | | | | gemäss KÜG IVSE |
| 🡫 ***Gewünschte Nebenleistungen bitte ankreuzen*** 🡫 ***bitte ausfüllen*** 🡫 | | | | | | | | | | | | |
| Taschengeld pro  (Unser Vorschlag Fr. 50.00 pro Woche) | | | | | | | | Fr. | | | oder Pauschal    Fr. | |
| Hygieneartikel/Telefongeld pro  (Unser Vorschlag Fr. 25.00 pro Woche) | | | | | | | | Fr. | | |  | |
| Private Fahrkosten öV pro Woche  (Unser Vorschlag Fr. 12.50 pro Woche) | | | | | | | | Fr. | | |  | |
| Kleidergeld  via spez. Kostengutsprache | | | | | | | | | | | nach Aufwand | |
| Halbtaxabonnement pro Jahr  via spez. Kostengutsprache | | | | | | | | | | | nach Aufwand | |
| Monatsabonnement  via spez. Kostengutsprache | | | | | | | | | | | nach Aufwand | |
| Begleitete Transporte (Arzt, Spital etc.) Fr. 0.75 pro km | | | | | | | | | | | nach Aufwand | |
| Urinprobe (nach Bedarf) | | | | | | | | | | | Fr. 20.00 | |
| **Gültigkeit** | | von |  | | | | bis | | auf weiteres | | | |
| Vollständige Rechnungsadresse: | | | | | Ort und Datum:              Unterschrift und Stempel: | | | | | | | |

**Anhang zur Kostengutsprache**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** |  | **Vorname** |  |

Um einen reibungslosen/vollständigen Eintritt unserer Klient:innen zu gewährleisten, bitten wir Sie, uns die nachstehenden Versicherungsdaten mitzuteilen.

Die Klient:Innen werden von der Stiftung Gärtnerhaus gegen Betriebs- und Nichtbetriebs-Unfall bei der Mobiliar versichert.

***Bitte vollständig ausfüllen.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Name der Krankenkasse** | | | Versichertennummer:    Zusatzversicherung  Homöopathie  Zahnversicherung | | | | | |  | | Karten-Nr.: |  |
|  |  |  |  | |  | | |  |
| Versicherungsart: | | | Zusatzversicherung: | | | | | |  | | Name Zusatzversicherer: |  |
|  | Allgemein |  |  | | Homöopathie | | |  |
|  | Halb-Privat |  |  | | Zahnversicherung | | |  |  | |  |  |
|  | Privat |  |  | |  | | |  |  | |  |  |
|  | | |
| **2. Name der Privathaftpflichtversicherung** | | | | | | Policen-Nummer: | | | | | | |
| **3. Sozialversicherungsnummer** | | | | | | | | | | | | |
| **4. IV-Verfügung**   Ja  Nein | | | | Versicherten-Nummer: | | | | | | Kopie IV-Verfügung:  Ja  Nein | | |
| **5. IV-Rente beantragt**   Ja  Nein | | | | Datum IV-Antrag: | | | | | | Kopie IV-Antrag:  Ja  Nein | | |
| **6. Geschützter Arbeitsplatz** Die Klient:Innen erhalten einen GAP-Stundenlohn von Fr. 0.80 bis max. Fr. 3.50 | | | | | | | | | | | | |
| Der GAP-Lohn ist bar auszubezahlen an Klient:in | | | | | | | | | | | | |
|  | Der GAP-Lohn ist zu überweisen auf folgendes Konto | | | | | | | | | | |  |
|  | Lautend auf: | | | | | | | | | | |  |
|  | IBAN: | | | | | | Zahlungsgrund: | | | | |  |
|  | Klient:in hat Zugriff auf obengenanntes Konto  Ja  Nein | | | | | | | | | | |  |