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. 102.00Fr. 20.00 |
| [ ]  IV-Rentenbescheid pendent, nur möglich mit vorgängiger Bewilligung BKS.Reduktion bei Abwesenheiten, pro Nacht | Fr. 102.00Fr. 20.00 |
| **Übrige Kantone** |
| [ ]  IV-Rentner:in **mit** IV-Ergänzungsleistungen oder IV-Rentenbescheid pendent, zivilrechtlicher Wohnsitz in anderem Kanton (Vorbehalt Bewilligung KÜG) | gemässKÜG 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 |
| [x]  Begleitete Transporte (Arzt, Spital etc.) Fr. 0.75 pro km | nach Aufwand |
| [x]  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 |  |