

**KOMMISSION DES SEEBEZIRKS
für die Hilfe und Pflege zu Hause**

Spitalweg 36
Postfach
3280 Murten
☎ 026 672 34 00 bezirkskommission@rsl-gns.ch

Kassier: Jürg Leuenberger +41 79 479 29 67

Pauschalentschädigung: Abrechnung

Dossier Nr.:

Die Abrechnung erfolgt **vierteljährlich** gemäss den angegebenen Abrechnungsperioden; sie muss der **SPITEX See/Lac** nach dem Ende des entsprechenden Quartals zugestellt werden. Der Anspruch auf Pauschalentschädigung entfällt 6 Monate nach dem entsprechenden Quartal.

PFLEGEPERSON:

Name :
Vorname :
Adresse :
Wohnort :
☎ Nr. :
E-Mail :

BETREUTE PERSON:

Name :
Vorname :
Adresse :
Wohnort :

1. ABRECHNUNGSPERIODE

1. Quartal vom: Januar bis: März = Anzahl Tage
2. Quartal vom: April bis: Juni = Anzahl Tage
3. Quartal vom: Juli bis: September = Anzahl Tage
4. Quartal vom: Oktober bis: Dezember = Anzahl Tage
..... Total Tage

2. ABZUG FUER UNTERBRECHUNG DER HILFELEISTUNG

(obligatorisch auszufüllen; auch dann, wenn keine Abzüge)

Wegen Besserung, Spitalaufenthalt, Heimeintritt, Ferien, Ausland usw.
vom bis

..... = Anzahl Tage
..... = Anzahl Tage
..... = Anzahl Tage
Unterbrechung der Hilfeleistung = **Total Tage**

3. ANZAHL GELEISTETE PFLEGETAGE (Total 1 minus Total 2) = **Tage**

4. ANRECHT AUF PAUSCHALENTSCHAEDIGUNGEN

..... Tage à Fr. 25.-- = Fr. _____

..... Tage à Fr. 20.-- = Fr. _____

..... Tage à Fr. 15.-- = Fr. _____

Total Fr.

5. UEBERWEISUNG DES BETRAGES

Wir bitten um Überweisung des Betrages auf:

Bank oder Post: _____ IBAN-Nr. _____

(Bitte genaue Angaben machen und wenn vorhanden, einen Einzahlungsschein beilegen)

Die Unterzeichnenden bestätigen, dass die vorgenannten Angaben richtig und vollständig sind und dass die im Reglement vom 7. März 2008 über die Gewährung einer Pauschalentschädigung für die Hilfe und Pflege zu Hause festgelegten Voraussetzungen erfüllt sind. Unrechtmässig bezogene Pauschalentschädigungen sind zurückzuerstatten.

Ort und Datum:

Unterschrift der Pflegeperson:

Unterschrift der betreuten Person
oder ihres gesetzlichen Stellvertreters:

.....

.....

Formular zustellen an:

SPITEX See/Lac, Zentrale, Spitalweg 36, 3280 Murten

Name, Vorname: :

Unterschrift der Evaluierenden: Datum: