



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

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

Oberamt des Seebezirks  
Schlossgasse 1  
3280 Murten  
☎ 026 305 90 70 📠 026 305 90 79  
prefecturelac@fr.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. _____
	<b>Total</b>	<b><u>Fr. ....</u></b>

**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: .....