

Pauschalentschädigung für die Hilfe und Pflege zu Hause

ANTRAG

Akte Nr.:

1. HILFLOSE PERSON:

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Zivilstand: Geschlecht: W M

Adresse: Strasse und Nr.:

PLZ und Ortschaft:

☎ :

Gesetzlicher Wohnsitz an dieser Adresse seit:

Haupt- und Steuerwohnsitz im Kanton Freiburg seit:

2. GEGENWÄRTIG BETREUT

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - von einem Pflegedienst | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - von einem Familienhilfedienst | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - von einem anderen Dienst | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
-

3. PFLEGEPERSON :

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Zivilstand: Geschlecht: W M

Staatsangehörigkeit: AHV-Nr.:

Für Ausländer: Bewilligung:(eine Kopie der Bewilligung zustellen)

Adresse : Strasse und Nr.:

PLZ und Ortschaft:

☎ :

Angehörige (Verwandtschaft bzw. Schwägerschaft):
oder

Nahestehende (dauerhafte persönliche Beziehung):

4. BEMERKUNGEN

.....
.....

Dieses Formular ist zu senden an die:

Kommission des Seebezirks
für die Hilfe und Pflege zu Hause
Oberamt
3280 Murten

Nach Eingang des Antrages wird vom zuständigen Spitexdienst eine Bewertung vorgenommen, und alsdann folgt der Entscheid der Bezirkskommission.

Wird die Pauschalentschädigung gewährt, so wird der Anspruch nach Ablauf einer Wartefrist von 60 Tagen ab dem Zeitpunkt, an welchem der Antrag der Bezirkskommission eingereicht wurde, wirksam.

Der Betrag der gewährten Pauschalentschädigung bestimmt sich nach dem Grad der Hilfeleistung:

leichte Hilfsbedürftigkeit:	keine Pauschalentschädigung
mittelgradige Hilfsbedürftigkeit:	Fr. 15.-
grosse Hilfsbedürftigkeit:	Fr. 20.-
sehr grosse Hilfsbedürftigkeit:	Fr. 25.-

Die unterzeichnende hilflose Person erteilt der Kommission die Ermächtigung, gegebenenfalls die erforderlichen Erkundigungen über sie bei den zuständigen Diensten (Gemeindeverwaltung, Spitexdienst,...) einzuholen.

Die unterzeichnenden Personen haben von den oben angeführten Bestimmungen Kenntnis genommen und anerkennen vorbehaltlos alle darin formulierten Bedingungen.

Ort : **Datum :**

Unterschrift Pflegeperson :

Unterschrift hilflose Person :