

Abrechnung / Pauschalentschädigung für pflegende Angehörige

Dossier Nr.: _____

Angehörige/Nahestehende Person

Name _____
 Vorname _____
 Adresse _____
 Wohnort _____
 Tel.-Nr. _____

Hilflose Person

Name _____
 Vorname _____
 Adresse _____
 Wohnort _____
 Tel.-Nr. _____

Abrechnung für die Pflege zu Hause

Die Abrechnung erfolgt **vierteljährlich** gemäss den angegebenen Abrechnungsperioden; sie ist jeweils bis spätestens eine Woche nach der Abrechnungsperiode vom Spitex Dienst der Gemeinde Meierskappel nach dem Ausfüllen der Gesuchsteller zum visieren vorzulegen und zu prüfen und wird dann von der Spitex an die Gemeinde Meierskappel zugestellt.

1. Abrechnungsperiode

Vom _____ Januar bis _____ März = _____ Tage

Vom _____ April bis _____ Juni = _____ Tage

Vom _____ Juli bis _____ September = _____ Tage

Vom _____ Oktober bis _____ Dezember = _____ Tage

Total = _____ Tage

2. Abzug für Unterbrechung der Hilfe

Wegen Besserung, Spitalaufenthalt, Heimeintritt, Ferien usw.

Vom _____ bis _____

_____ = _____ Tage

_____ = _____ Tage

_____ = _____ Tage

Unterbrechung der Hilfe Total = _____ Tage

3. Anzahl geleistete Pflegetage (Total 1. – Total 2.) = _____ Tage

(bitte wenden)

4. Anrecht auf Pauschalentschädigungen

_____ Tage à Fr. 25.-

= Fr.....
=====

5. Hilflosenentschädigung und andere Versicherungsleistungen

Bezieht die hilflose Person für die Abrechnungsperiode bereits eine finanzielle Entschädigung für die Pflege zu Hause (Hilflosenentschädigung oder andere Versicherungsleistungen)?

Nein

Ja

Hilflosenentschädigung AHV/IV

Betrag pro Tag Fr. _____ Betrag pro Monat Fr. _____ = Fr. _____

andere Versicherung (von welcher)? _____

Betrag pro Tag Fr. _____ Betrag pro Monat Fr. _____ = Fr. _____

6. Überweisung des Betrages

Wir bitten um Überweisung des Betrages auf

Bank: _____

Kto.-Nr. _____

Postcheckkonto: _____

Kto.-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 Voraussetzungen, wie im Reglement vom... über die Gewährung einer Pauschalentschädigung für die Pflege und Betreuung zu Hause festgelegt, erfüllt sind. Unrechtmässig bezogene Pauschalentschädigungen sind zurückzuerstatten.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der angehörigen
oder nahe stehenden Person:

Unterschrift der hilflosen
Person oder ihres gesetzlichen
Stellvertreters:

Für Sie zuständige Stelle Risch/Rotkreuz (bitte ankreuzen):

Spitex Risch/Rotkreuz

andere (wer?) _____

Visum und Stempel des Dienstes: _____ Datum: _____

Für Rückfragen steht _____ zur Verfügung.