



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 :

HILFLOSE 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 =..... Anzahl Tage**

3. ANZAHL GELEISTETE PFLEGETAGE (Total 1. -bis Total 2.) =..... Tage

4. ANRECHT AUF PAUSCHALENTSCHAEDIGUNGEN

..... Tage à Fr. 25.--	=	Fr. _____
.....Tage à Fr. 20.--	=	Fr. _____
.....Tage à Fr. 15.--	=	Fr. _____
	Total	<u>Fr.</u>

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 hilflosen Person
oder ihres gesetzlichen Stellvertreters:

.....

.....

Formular zustellen an:

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

Name, Vorname: :

Unterschrift der Evaluierenden: Datum:.....