

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

Spitalweg 36
3280 Murten

026 672 34 00

bezirkskommission@rsl-gns.ch

Pauschalentschädigung - Abrechnung

Dossier Nr.	
--------------------	--

Pflegeleistende Person

Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Telefon	
Natel	
Geburtsdatum	
AHV Nr.	
Aufenthaltsbewilligung	
Quellensteuer	
E-Mail-Adresse	

Pflegebedürftige Person

Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Telefon	
Natel	
Geburtsdatum	
AHV Nr.	
E-Mail-Adresse	

1. Quartalsabrechnung

Bitte der GNS Koordinationsstelle zustellen - siehe Adresse auf der Rückseite

Von	Bis				
			Total Tage 1 =		Tage

2. Abzug bei Unterbrechung der Hilfeleistung:

Hospitalisation, Kurzaufenthalte, Kuren, Platzierung in Altersheimen oder Einrichtungen für behinderte Menschen, Ferien, Genesung, Todesfall. **An- und Abreisetage müssen nicht abgezogen werden.**

Von	Bis	Grund / Institution			
			Dauer		Tage
			Dauer		Tage
			Dauer		Tage
			Total Tage 2 =		Tage

3. Gesamtzahl der Tage der Unterstützung und Endbetrag

Total Tage 1:		./. Total Tage 2:		= Total		Tage
Total Tage:		X CHF		= CHF		

4. Überweisung der Pauschalentschädigung

Konto-Nr.				Bank			
Inhaber				Clearing			
IBAN	CH _____	_____	_____	_____	_____	_____	

Die Unterzeichnenden bestätigen, dass obengenannte Angaben richtig und vollständig sind und dass die im Reglement über die Gewährung einer Pauschalentschädigung für die Hilfe und Pflege zu Hause festgelegten Bedingungen eingehalten werden. Zu Unrecht bezogene Pauschalentschädigungen müssen zurückerstattet werden.

Ort und Datum:

Unterschrift (pflegebedürftige Person) :

Unterschrift (pflegeleistende Person) :

Die Abrechnungen sind in der ersten Woche eines jeden Quartals (*erste Woche im Januar, April, Juli und Oktober*) zurückzusenden an:

**Gesundheitsnetz See
Koordinationsstelle
Spitalweg 36
3280 Murten**
bezirkskommission@rsl-gns.ch

Die pflegeleistende Person sowie die pflegebedürftige Person oder ihre gesetzliche Vertretung müssen ausdrücklich folgende Informationen mitteilen:

- Änderung der pflegeleistenden Person
- Änderung des Wohnorts der pflegeleistenden und pflegebedürftigen Person
- Änderung der Bankverbindung / Postverbindung der pflegeleistenden Person
- Änderung der Telefonnummer der pflegeleistenden und pflegebedürftigen Person
- Änderung des Gesundheitszustands (Besserung oder Verschlechterung)

Visa : _____ Datum : _____