

**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 No:

Pflegeleistende Person

Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Telefon	
Natel	
Geburtsdatum	
AHV Nr.	
Permis	
Quellensteuer	

Pflegebedürftige Person

Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Telefon	
Natel	
Geburtsdatum	
AHV Nr.	

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 Alterseinrichtungen oder Einrichtungen für behinderte Menschen, Ferien, Genesung, Todesfall)

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 (wenn möglich Einzahlungsschein beilegen)

Konto-Nr.		Bank	
Inhaber		Clearing	
IBAN			

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**

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

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

Visa : _____ Datum : _____