

KOMMISSION PAUSCHALENTSCHÄDIGUNG (KPE)

Oberamt des Sensebezirks
 Postfach 12
 1712 Tifers
 Tel.: 026 419 95 55

Leer lassen	
Eingang am:	
Kontrolle am:	
Visa:	
Auszahlung am:	

Hilfe und Pflege bedürftige Person:

Anrede
 Name, Vorname
 Adresse
 PLZ / Ort
 Telefon-Nr.

Angehörige oder nahe stehende Person:

Anrede
 Name, Vorname
 Adresse
 PLZ / Ort
 Telefon-Nr.

Abrechnung für Pauschalentschädigung für die Hilfe und Pflege zu Hause

Die Abrechnung erfolgt vierteljährlich gemäss den untenstehenden Abrechnungsperioden; sie ist jeweils bis **spätestens zum 10. Tag** des auf die Abrechnungsperiode folgenden Monats an die SPITEX Sense zu senden. Bei Nichteinhaltung der Frist tritt Art. 14, Abs 4 oder 5 des Pauschalentschädigungs-Reglement in Kraft.

1. Abrechnungsperiode

<input type="checkbox"/>	Vom	Januar	bis	März	Tage
<input type="checkbox"/>	Vom	April	bis	Juni	Tage
<input type="checkbox"/>	Vom	Juli	bis	September	Tage
<input type="checkbox"/>	Vom	Oktober	bis	Dezember	Tage

Total 1 Anzahl
 Tage = _____ Tage

2. Abzug bei Unterbrechung der Hilfe und Pflege

zB. wegen Besserung, Spitalaufenthalt, Heimeintritt, usw.

Vom	Bis	Grund	Tage

Total 2 Anzahl Tage = _____ Tage

3. Anrecht auf Pauschalentschädigungen

Total Anzahl Tage an Hilfe und Pflegeleistung

Total 1 abzüglich **Total 2** = Tage

..... Tage à Fr. (gem. Entscheid) **Total** **Fr.**

--

4. Auszahladresse der Pauschalentschädigung

(der angehörigen oder nahe stehenden Person, welche die Hilfe und Pflege leistet)

Art: Post Bank

Kontonummer Post:

Kontonummer Bank

IBAN-Nr. der Bank: Clearing-Nr. der Bank:

Name und Adresse der Bank:

.....

Name des Kontoinhabers: (bitte genaue Angaben machen und falls vorhanden **Einzahlungsschein** beilegen)

.....

Die Unterzeichnenden bestätigen, dass die vorgenannten Angaben richtig und vollständig sind und dass die Voraussetzungen, wie im Reglement vom 1. Juli 2009 über die Gewährung einer Pauschalentschädigung für die Hilfe und Pflege zu Hause festgelegt, erfüllt sind. Unrechtmässig bezogene Pauschalentschädigungen müssen rückerstattet werden.

5. Bestätigung der Angaben:

Hilfe und Pflege
bedürftige Person: Datum:

oder der gesetzlichen
Vertretung: Unterschrift:

Hilfe und Pflege
leistende Person: Datum:

Unterschrift:

Bitte das Formular vollständig und unterzeichnet bis am 10. des Folgemonats senden an:

SPITEX Sense, Spitalstrasse 1, 1712 Tafers

Tel.026 419 95 55

Ort und Datum:

Visa:

