

KOMMISSION PAUSCHALENTSCHÄDIGUNG (KPE)

Oberamt des Sensebezirks
 Postfach 12
 1712 Tafers

 Tel.: 026 305 74 34

Leer lassen	
Datum Poststempel:	
Eingang am:	
Bewertung am:	
Entscheid am:	
Anrecht ab:	

Hilfe und Pflege bedürftige Person

M / W

Name: Vorname:

Mädchenname: Geburtsdatum:

Zivilstand Tel. Nr.:

Adresse:

PLZ: Wohnort:

Politische Gemeinde:

Wohnhaft im Kanton Freiburg seit:

Gesetzliche/-r Vertreter/-in:
 (Vormund, Beirat: Name, Adresse)

Hausarzt: (Name, Adresse)

➤ Hilfsbedürftig seit:

➤ Wohnsituation:

eigener Haushalt

gemeinsamer Haushalt mit:
 (Angehörige oder nahe stehende Person)

unmittelbare Nachbarschaft:
 (5 Minuten Wegzeit)

Hilfe und Pflege leistende Person

M / W

Name: Vorname:

Mädchenname: Geburtsdatum:

Beruf

Adresse: Tel.-Nr.:

PLZ: Wohnort:

Ehepartner Tochter / Sohn

Schwieger-Tochter / -Sohn andere Beziehung / seit:

/

Art der geleisteten Hilfe und Pflege (in Stichworten)

Werden Hilfeleistungen von Dritten beansprucht (weitere Organisationen, Dienstleistungen)

Bemerkungen:

Bestätigung der Angaben:

Hilfe und Pflege
bedürftige Person: Datum: _____

Unterschrift: _____

Hilfe und Pflege
leistende Person: Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte das Formular vollständig ausgefüllt und unterzeichnet zurücksenden an:

SPITEX Sense, Spitalstrasse 1, 1712 Tafers

Tel. 026 / 419 95 55