



Formular 1 Antrag

Anerkennungsbeitrag für die Hilfe und Pflege zu Hause

Antrag-Dossier Nr.

1. Personalien bedürftige Person

Name Vorname

Geburtsdatum Zivilstand Geschlecht W M Beruf Aktiv ja nein

Adresse

PLZ/Ort Telefon

Haupt- und Steuerwohnsitz in Meierskappel seit

2. Behandelnder Arzt

Name Vorname

Adresse

PLZ/Ort Telefon

3. Gegenwärtig betreut (ausser der pflegenden Angehörigen) vonSpitexorganisation ja nein wenn ja, Name der Spitexanderen Diensten ja neinPrivatperson/en ja nein

Wenn ja, welche Dienste

.....

4. Versicherungen

Krankenkasse AHV-Nummer

a) Zusatzversicherung für Pflegekosten ja nein Betrag: CHFb) monatliche Entschädigung der IV für die Pflege ja nein Betrag: CHFc) Tagesentschädigung der IV für hilflose Minderjährige ja nein Betrag: CHFd) Hilflosenentschädigung AHV/IV ja nein Betrag: CHFe) Ergänzungsleistung ja nein Betrag: CHF

Name der auszahlenden Ausgleichskasse

Wenn noch keine Auszahlung, Gesuch hängig seit

5. Angehörige oder nahestehende Person

Name Vorname

Geburtsdatum Zivilstand Geschlecht W M

Adresse

PLZ/Ort Telefon

Beruf

Hat sich ihre Erwerbstätigkeit in den letzten 2 Jahren verändert? ja nein

Wenn ja, wie?

Verwandtschaft bzw. Schwägerschaft (Angehörige)

Dauerhafte persönliche Beziehung (Nahestehende)

Wohnhaft in Meierskappel seit

6. Auszahlung erfolgt an

Name

Bank IBAN

7. Bemerkungen

.....
.....

7.1. Die unterzeichnende zu betreuende Person erteilt der Gemeinde Meierskappel die Ermächtigung, gegebenenfalls die erforderlichen Erkundigungen über sie bei den jeweiligen Sozialversicherungen einzubeziehen (z.B. Ausrichtung einer Hilflosenrente IV, AHV oder UVG).

7.2. Die Auszahlung des Anerkennungsbeitrags erfolgt nur auf Vorweisen einer Quartalsabrechnung (Abrechnungsformular wird dem Entscheid beigelegt), die bei der Pflegeperson der betreuenden Spitexorganisation innert 30 Tagen nach Quartalsende einzureichen ist. Spätere Abrechnungen verfallen.

7.3. Die Pflegeperson hat die von ihr selber und die von ihrem Vertreter geleisteten Pflgetage getrennt aufzuführen (Art.10 Abs. 2 u. Art. 9 Abs. 1 und 2 des Reglements).

7.4. Beigelegt ist ein ärztliches Zeugnis für die pflegebedürftige Person.

Die unterzeichnenden Personen bestätigen die Richtigkeit der gemachten Angaben und haben von den oben angeführten Bestimmungen und dem Reglement „Anerkennungsbeitrag für pflegende Angehörige“ Kenntnis genommen und anerkennen vorbehaltlos alle darin formulierten Bedingungen.

Ort / Datum

Unterschrift Pflegeperson

Unterschrift betreute Person

.....