



Formular 3

Abrechnung / Pauschalentschädigung für pflegende Angehörige

Antrag-Dossier Nr.

Angehörige/Nahestehende Person

Name

Vorname

Adresse

Wohnort

Tel.-Nr.

Hilflose Person

Name

Vorname

Adresse

Wohnort

Tel.-Nr.

Abrechnung für die Pflege zu Hause

Die Abrechnung erfolgt **vierteljährlich** gemäss den angegebenen Abrechnungsperioden. Sie ist jeweils bis **spätestens 30 Tage nach der Abrechnungsperiode** vollständig ausgefüllt der betreuenden Spitexorganisation der Geschuchsteller zur Prüfung und Visierung vorzulegen und wird danach von der betreuenden Spitexorganisation an die Gemeinde Meierskappel zugestellt.

1. Abrechnungsperiode

vom Januar bis März = Tage

vom April bis Juni = Tage

vom Juli bis September = Tage

vom Oktober bis Dezember = Tage

Total = Tage**2. Abzug für Unterbrechung der Hilfe**

Infolge Besserung, Spitalaufenthalt, Heimeintritt, Ferien usw.

vom bis

..... = Tage

..... = Tage

..... = Tage

Unterbrechung der Hilfe Total = Tage

3. Anzahl geleistete Pflegetage (Total 1. – Total 2.) = Tage**4. Anrecht auf Pauschalentschädigungen**

.....Anzahl Tage à CHF 25.- = CHF _____

5. Hilflosenentschädigung und andere Versicherungsleistungen

Bezieht die hilflose Person für die Abrechnungsperiode bereits eine finanzielle Entschädigung für die Pflege zu Hause (Hilflosenentschädigung oder andere Versicherungsleistungen)?

Nein

Ja

Hilflosenentschädigung AHV/IV

Betrag pro Tag CHF Betrag pro Monat CHF = CHF

andere Versicherung (von welcher)?

Betrag pro Tag CHF Betrag pro Monat CHF = CHF

6. Überweisung des Betrages

Wir bitten um Überweisung des Betrages auf

Name Kontoinhaber

Name Bank Ort

Konto Nr. IBAN

Postkonto Konto Nr.

(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 **01.01.2024** über die Gewährung einer Pauschalentschädigung für die Pflege und Betreuung zu Hause festgelegt, erfüllt sind. Unrechtmässig bezogene Pauschalentschädigungen sind zurückzuerstatten.

Ort / Datum

Unterschrift der Angehörigen
oder nahestehenden Person

Unterschrift der hilflosen Person
oder ihres gesetzlichen Stellvertreters

.....

Für Sie betreuende Spitexorganisation mit Betriebsbewilligung

Name Spitexorganisation

Visum und Stempel des Dienstes

Datum

Kontaktperson bei Rückfragen Tel.-Nr.