

GN.05.20.004.FO

Formular: Pauschalentschädigung: Antragsformular
Hauptprozess: Kernprozesse GN



MEHRZWECKVERBAND
SENSEBEZIRK

Prozesseigner (PE): GL GN

Datum Genehmigung: 30. Juni 2026

Genehmigt: GL GN

BEZIRKSKOMMISSION

c/o Mehrzweckverband Sensebezirk
Direktion Gesundheitsnetz Sense
Schwarzseestrasse 5
1712 Tafers

Tel.: 026 505 22 82

Leer lassen

DOSSIER NR:

Datum Poststempel:

Eingang am:

Bewertung am:

Entscheid am:

Anrecht ab:

Hilfsbedürftigen Person:

☐ Frau

☐ Mann

Vorname und Name:

Geburtsname:

Strasse:

PLZ und Ort:

Politische Gemeinde:

Telefon- und/oder Natelnummer:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Wohnhaft im Kanton Freiburg seit

Gesetzliche/-r Vertreter/-in:

(Vormund, Beistandschaft: Name, Adresse)

Hausarzt (Name, Adresse):

Hilfsbedürftig seit

Wohnsituation: ☐ eigener Haushalt (allein)

☐ Gemeinsamer Haushalt mit

Hilfeleistende Person:

☐ Frau

☐ Mann

Vorname und Name:

Geburtsname:

Strasse:

PLZ und Ort:

Telefon- und/oder Natelnummer:

eMail Adresse:
Geburtsdatum:
Ausgeübter Beruf: Pensum: %

Verhältnis zur hilfsbedürftigen Person:

☐ Ehepartner ☐ Tochter / Sohn ☐ Schwiegertochter /-sohn
☐ Andere Beziehung..... seit:

Art der geleisteten Hilfe und Pflege (in Stichworten)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Werden Hilfeleistungen von Dritten beansprucht? (weitere Organisationen, Dienstleistungen):

.....
.....
.....

Erfolgt bereits eine Entschädigung durch eine andere Organisation für die Arbeit als pflegende Angehörige?

☐ Ja ☐ Nein

Bemerkungen:

.....
.....

Datenschutz

Der Verband hält sich an die Datenschutzrichtlinien des Kantons Freiburg betreffend Umgang mit sensiblen Daten.

☐ Wir sind mit der Nutzung der obigen Daten unter dieser Voraussetzung einverstanden (bitte ankreuzen).

Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit obiger Angaben bestätigt:

Datum: Unterschrift hilfsbedürftige Person

Datum: Unterschrift hilfeleistende Person

Bitte das Formular vollständig ausgefüllt und unterzeichnet an die Adresse auf Seite 1 (links oben) zurücksenden.