

GN.05.20.010.FO

Formular: Pauschalentschädigung: Abrechnung
Hauptprozess: Kernprozesse GN**MEHRZWECKVERBAND
SENSEBEZIRK**

Prozesseigner (PE): GL GN

Datum Genehmigung: 15. Juli 2026

Genehmigt: GL GN

BEZIRKSKOMMISSIONc/o Mehrzweckverband Sensebezirk
Direktion Gesundheitsnetz Sense
Schwarzseestrasse 5
Postfach 82
1712 Tafers
Mail an gn.sense@hin.ch
Tel.: 026 505 22 82

Leer lassen

Eingang am:

Kontrolle am:

Visum:

Formular: Online unter www.sensebezirk.ch/der-mzv/gesundheitsnetz/pauschalentschaedigung**DOSSIER NR.:****1. Personalien**

Hilfsbedürftige Person		Hilfeleistende Person	
Vorname und Name		Vorname und Name	
Strasse		Strasse	
PLZ und Ort		PLZ und Ort	
Politische Gemeinde		Telefon- / Natel Nr.	
		E-Mail-Adresse	

2. Abrechnungsperiode (Besteht der Anspruch nicht für das ganze Quartal, sind die zu kürzenden Tage in Pkt. 3 einzutragen)

☐ Q1	vom	1. Januar	bis	31. März		Tage
☐ Q2	vom	1. April	bis	30. Juni		Tage
☐ Q3	vom	1. Juli	bis	30. September		Tage
☐ Q4	vom	1. Oktober	bis	31. Dezember		Tage
Total 1 =					Tage	

3. Abzug bei Unterbrechung der Hilfeleistung ODER Kürzung des Anspruchs aus Punkt 2

Abzug infolge Spitalaufenthalt, Heimeintritt, Kuren, Verbesserung Gesundheitszustand, etc. (An- und Abreisetage müssen abgezogen werden) / Kürzung Anspruch aus Pkt. 2, wenn dieser nicht für das ganze Quartal gilt

Von	Bis	Grund / Institution		
				Tage
				Tage
				Tage
Total 2 =				Tage

4. Berechnung Anspruch

Total 1 - Total 2 =		Tage	Ansatz gemäss Entscheid	CHF	Anspruch: Tage x Ansatz	CHF
---------------------	--	------	-------------------------	-----	-------------------------	-----

5. Bankverbindung der hilfeleistenden Person (Angehörige oder nahestehende Person)

IBAN: CH _____

Bankname: _____

Kontoinhaber: _____

6. Bestätigung

☐ Wir bestätigen, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind und dass die Voraussetzungen gemäss dem Reglement vom 1. Juni 2026 über die Gewährung einer Pauschalentschädigung für die Hilfe und Pflege zu Hause erfüllt sind. Uns ist bekannt, dass unrechtmässig bezogene Pauschalentschädigungen zurückzuerstatten sind.

Ort und Datum:	
Vorname / Name:	

Hinweis: Die Abrechnung erfolgt vierteljährlich und ist jeweils **spätestens bis zum 10. Tag** des auf die Abrechnungsperiode folgenden Monats einzureichen. **10. Januar / 10. April / 10. Juli / 10. Oktober**

Bei **Nichteinhaltung** der Frist treten Art. 15 Abs. 4 bzw. Abs. 5 des Reglements über die Gewährung einer Pauschalentschädigung für die Hilfe und Pflege zu Hause in Kraft.

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular an die Bezirkskommission per E-Mail an gn.sense@hin.ch oder, falls dies nicht möglich ist, per Post.

Die hilfeleistende Person, die hilfebedürftige Person oder ihr gesetzlicher Vertreter muss folgende Änderungen umgehend melden:

- Änderung des Wohnorts der hilfeleistenden oder hilfebedürftigen Person
- Änderung der Kontonummer der pflegeleistenden Person
- Änderung der Telefonnummer hilfeleistenden oder hilfebedürftigen Person
- Wichtige Änderung der Situation (gesundheitlicher Zustand) der pflegebedürftigen Person (Verschlechterung oder Verbesserung)