

Pauschalentschädigung Abrechnung	Dossier Nr.	
---	-------------	--

KOMMISSION PAUSCHALENTSCHÄDIGUNG (KPE)

Gesundheitsnetz Sense
Schwarzseestrasse 5
1712 Tafers
026 505 22 82

E-Mail: gn.sense@hin.ch

Das Abrechnungsformular finden Sie unter:

<https://drive.google.com/file/d/1ed1e6tz33ZTrxeKfWKzQDTxR1XAjpwP7/view>

Hilfe und Pflege bedürftige Person		Angehörige oder nahestehende Person	
Anrede		Anrede	
Name / Vorname		Name / Vorname	
Adresse		Adresse	
PLZ / Ort		PLZ / Ort	
Telefonnummer		Telefonnummer	
E-Mail Adresse		E-Mail Adresse	

Abrechnung für Pauschalentschädigung für die Hilfe und Pflege zu Hause

Die Abrechnung erfolgt vierteljährlich gemäss den untenstehenden Abrechnungsperioden; sie ist jeweils bis **spätestens zum 10. Tag** des auf die Abrechnungsperiode folgenden Monats an das Gesundheitsnetz Sense zu senden. Bei Nichteinhaltung der Frist tritt Art. 14, Abs 4 oder 5 des Pauschalentschädigungs-Reglements in Kraft.

1. Abrechnungsperiode

<input type="checkbox"/>	vom	Januar	bis	März		Tage
<input type="checkbox"/>	vom	April	bis	Juni		Tage
<input type="checkbox"/>	vom	Juli	bis	September		Tage
<input type="checkbox"/>	vom	Oktober	bis	Dezember		Tage

Total 1 = Tage

2. Abzug bei Unterbrechung der Hilfe und Pflege

z. Bsp. wegen Verbesserung des Gesundheitszustands, Spitalaufenthalt, Heimeintritt, usw.

Vom	Bis	Grund		Tage
				Tage
				Tage
				Tage

Total 2 = Tage

3. Anrecht auf Pauschalentschädigungen

Total Anzahl Tage an Hilfe- und Pflegeleistung

Total 1 abzüglich **Total 2** = Tage

Tage à Fr.	(gem. Entscheid)	Total	Fr.
------------	------------------	--------------	------------

4. Auszahladresse der Pauschalentschädigung

(der Angehörigen oder nahestehenden Person, welche die Hilfe und Pflege leisten)

Zahlungsverbindung, IBAN Nr. CH _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Kontoinhaber (bitte genaue Angaben machen)

Die Unterzeichnenden bestätigen, dass die vorgenannten Angaben richtig und vollständig sind und dass die Voraussetzungen, wie im Reglement vom 1. Juli 2009 über die Gewährung einer Pauschalentschädigung für die Hilfe und Pflege zu Hause festgelegt, erfüllt sind. Unrechtmässig bezogene Pauschalentschädigungen müssen zurückerstattet werden.

5. Bestätigung der Angaben

Hilfe und Pflege
bedürftige Person: Datum: _____
oder der gesetzlichen
Vertretung: Unterschrift: _____

Hilfe und Pflege
leistende Person: Datum: _____
Unterschrift: _____

Bitte das Formular vollständig und unterzeichnet **bis am 10. des Folgemonats** senden an:

Gesundheitsnetz Sense
Schwarzseestrasse 5
1712 Tifers
gn.sense@hin.ch



Visum Gesundheitsnetz Sense	
Eingang am:	_____
Kontrolle am:	_____
Visum	_____