



RÉSEAU SANTÉ
DE LA SARINE

COMMISSION
DES INDEMNITÉS
FORFAITAIRES

INDEMNITES FORFAITAIRES

Relevé de compte

Avenue Jean-Paul II 10, 1752 Villars-sur-Glâne
Tél.: 026 / 422 56 15

Dossier Nr.:

Pflegeleistende Person

Name	
Vorname	
Strasse	
Ort	
Tel.Nr.	
Natel	
Geburtsdatum	
AHV Nr.	
Arbeitsausweis	
Quellensteuer	

Pflegebedürftige Person

Name	
Vorname	
Strasse	
Ort	
Tel.Nr.	
Natel	
Geburtsdatum	
AHV Nr.	

1. Décompte trimestriel *(an die auf der Rückseite vermerkte Dienststelle zu senden)* :

Vom	bis				
			Total 1 =		Tage

2. Abzug für Unterbrechung der Hilfe (Spitalaufenthalt, Kurzaufenthalt, Aufenthalt in einer Institution, Erholungskur, Ferien, Eintritt in ein Pflege- oder Altersheim, Ferien, Genesung der pflegebedürftigen Person, Tod usw.)

Vom	bis	Name der Institution / Grund			
					Tage
					Tage
					Tage
			Total 2 =		Tage

3. Anzahl geleisteter Pflageetage und Endbetrag

Total 1:		./. Total 2:		= Total Tage		Tage
Total Tage :		X Frs.		= Frs.		

4. Überweisung der Pauschalentschädigungen

Bank	
Inhaber	
IBAN	

Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass die vorgenannten Angaben richtig und vollständig sind und dass die Voraussetzungen, wie im Reglement über die Gewährung einer Pauschalentschädigung für die Pflege zu Hause festgelegt, erfüllt sind. Unrechtmässig bezogene Pauschalentschädigungen sind zurückzuerstatten.

Ort und Datum :

Unterschrift (pflegebedürftige P.):

Unterschrift (pflegeleistende P.):

Die Kontoauszüge sind jeweils in der ersten Woche jedes Quartals zurückzusenden an:

(erste Woche im Januar, April, Juli und Oktober), bei verspäteter Einsendung wird die Zahlung auf das nächste Quartal verschoben.



**Commission des indemnités forfaitaires
Av. Jean-Paul II 10,
1752 Villars-sur-Glâne
026/422 56 15**

Die pflegeleistende Person, sowie die pflegebedürftige Person oder ihr gesetzlicher Vertreter muss folgende Änderungen umgehend melden:

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

Visum des Dienstes : _____ Datum : _____