



RÉSEAU SANTÉ  
DE LA SARINE

COMMISSION  
DES INDEMNITÉS  
FORFAITAIRES

**Pauschalentschädigung  
Abrechnung**

Avenue Jean-Paul II 10  
1752 Villars-sur-Glâne

Sekretariat Tel.: 026 / 422 56 15

Dossier-Nr.:

**Pflegende Person**

Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
Natel	
Geburtsdatum	
AHV-Nummer	
Aufenthaltsbewillig.	
Quellensteuer	

**Hilflose Person**

Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
Natel	
Geburtsdatum	
AHV-Nummer	

**1. Quartalsabrechnung**

*(An die auf der Rückseite vermerkte Dienststelle zu richten) :*

Vom	Bis				
			<b>Anzahl Tage 1=</b>		<b>Tage</b>

**2. Abzug infolge Unterbrechungen der Hilfe** (Spitalaufenthalt, Rehabilitation, Rekonvaleszens, Unterbringung in ein Pflege- oder Wohnheim, Ferien, genesung der zu pflegende Person, Tod)

Vom	Bis	Grund / Name der Institution			
			<b>Dauer</b>		<b>Tage</b>
			<b>Dauer</b>		<b>Tage</b>
			<b>Dauer</b>		<b>Tage</b>
			<b>Anzahl Tage 2=</b>		<b>Tage</b>

### 3. Anzahl geleisteter Pflage Tage

Anzahl Tage 1:		./ Anzahl Tage 2:		=Total		Tage
Anzahl Tage:		X CHF		=CHF		

### 4. Überweisung der Pauschalentschädigung (wenn möglich Einzahlungsschein beilegen)

Postkonto		Bank	
Inhaber(in)		Filiale	
IBAN		Clearing-Nr.	

**Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass obigen Angabe richtig und vollständig sind und dass die Voraussetzungen, die im Reglement über die Gewährung einer Pauschalentschädigung für die Pflege zu Hause erwähnt werden, erfüllt sind. Unrechtmässig bezogene Pauschalentschädigungen sind zurückzuerstatten.**

Ort, Datum :

Unterschrift (Hilflose Person) :

Unterschrift (Pfleger Person) :



Les relevés de compte sont à retourner la première semaine de chaque trimestre à **(première semaine de janvier, avril, juillet et octobre)**

**Réseau Santé de la Sarine  
Avenue Jean-Paul II 10  
1752 Villars-sur-Glâne  
026 / 422 56 15**

**La personne aidante ainsi que la personne impotente ou son représentant légal devra signaler expressément les informations suivantes :**

- changement de domicile de la personne aidante
- changement de domicile de la personne impotente
- changement de numéro de compte bancaire ou postal de la personne aidante
- changement de numéro de téléphone de la personne aidante ou impotente
- **changement important dans la situation (état de santé) de la personne impotente (dégradation ou amélioration)**

Visa du service : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_