GESUNDHEITSNETZ SENSE

Pauschalentschädigung	**Antrag**	Dossier Nr.:	

KOMMISSION PAUSCHALENTSCHÄDIGUNG (KPE)
Gesundheitsnetz Sense
Schwarzseestrasse 5
1712 Tafers

Tel.: 026 505 22 82

Leer lassen	
Datum Poststempel:	
Eingang am:	
Bewertung am:	
Entscheid am:	
Anrecht ab:	

Hilfe und Pflege bedürftige Person **M / W**

Name: ..... Vorname: .....

Mädchenname: ..... Geburtsdatum: .....

Zivilstand ..... Tel. Nr.: .....

Adresse: .....

PLZ: ..... Wohnort: .....

Politische Gemeinde: .....

Wohnhaft im Kanton Freiburg seit: .....

Gesetzliche/-r Vertreter/-in:
(Vormund, Beirat: Name, Adresse) .....

Hausarzt: (Name, Adresse)
.....

- ☐ Hilfsbedürftig seit: .....
- ☐ Wohnsituation: .....

  ☐ eigener Haushalt

  ☐ gemeinsamer Haushalt mit: .....

  (Angehörige oder nahestehende Person)

  ☐ unmittelbare Nachbarschaft: .....
  (5 Minuten Wegzeit)

Hilfe und Pflege leistende Person **M / W**

Name: ..... Vorname: .....

Mädchenname: ..... Geburtsdatum: .....

GESUNDHEITSNETZ SENSE

Beruf .....

Adresse: ..... Tel.-Nr.: .....

PLZ: ..... Wohnort: .....

☐ Ehepartner ☐ Tochter / Sohn

☐ Schwieger-Tochter / -Sohn ☐ andere Beziehung / seit:

..... /

Art der geleisteten Hilfe und Pflege (in Stichworten)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Werden Hilfeleistungen von Dritten beansprucht (weitere Organisationen, Dienstleistungen)

.....

.....

.....

.....

Bemerkungen:

.....

.....

.....

Werden Sie bereits von einer Organisation für Ihre Arbeit als pflegende Angehörige entschädigt?

❑ **ja** ❑ **nein**

Bestätigung der Angaben:

Hilfe und Pflege **bedürftige** Person:

Datum: .....

Unterschrift: .....

GESUNDHEITSNETZ SENSE

Hilfe und Pflege **leistende** Person:

Datum: .....

Unterschrift: .....

Bitte das Formular vollständig ausgefüllt und unterzeichnet zurücksenden an:

Gesundheitsnetz Sense, Schwarzseestrasse 5, 1712 Tafers Tel. 026 / 505 22 82