

Abrechnung

Beitrag Entlastungsleistungen für Betreuung und Pflege zu Hause

Abrechnungs-
periode

Jahr 1. 2. 3. 4. Quartal

Zeitraum vom bis

Pflege-
empfänger/in

Name/Vorname

Strasse/Nr.

Telefon

PLZ/Ort

Zahlungsverbindung

IBAN

lautend auf

Ausfalltage Spital-/Kuraufenthalt Ferienbett

Daten

Die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt:

Ort, Datum

Unterschrift Pflegeempfänger/in *(wenn möglich)*

Verantwortliche
Pflegeperson/
Organisation

Name/Vorname

Organisation

Telefon

Strasse/Nr.

E-Mail

PLZ/Ort

Anzahl Stunden

Monat



Stunden

Monat

Stunden

Monat

Stunden

Total Pflege-/Betreuungsstunden

Auszahlung: max. 32 Std./Monat (1 Tag/Woche)

× CHF 20.–

= CHF

Ort, Datum

Unterschrift verantwortliche Pflegeperson