

Abrechnung

Beitrag Entlastungsleistungen für Betreuung und Pflege zu Hause

**Abrechnungs-
periode**

Jahr

Quartal 1. ☐

2. ☐

3. ☐

4. ☐

Zeitraum vom

bis

**Pflege-
empfänger/in**

Name / Vorname

Strasse / Nr.

Telefon

PLZ / Ort

Zahlungsverbindung

IBAN

lautend auf (Name / Vorname)

Ausfalltage ☐ Spital-/Kuraufenthalt ☐ Ferienbett

Daten

**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

Die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt:

Ort, Datum

Unterschrift Pflegeempfänger/in oder Stellvertretung