



RÉSEAU SANTÉ
DE LA SARINE

COMMISSION
DES INDEMNITÉS
FORFAITAIRES

**Pauschalentschädigung
Antrag**

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

Sekretariat Tel. 026 / 422 56 15

Registriert am

(Poststempel):

Dossier Nr.

1. PFLEGEBEDÜRFTIGE PERSON

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Zivilstand

Geschlecht:

Beruf:

tätig:

Arbeitspensum:

%

Strasse:

AHV-Nr. :

PLZ Ort:

Tel. :

E-mail:

Wohnhaft an dieser Adresse seit :

Haupt- und Steuerwohnsitz im Kanton Fribourg seit:

Gesetzlicher Wohnsitz (Ort) :

Bezirk:

IV Anfrage

IV Anfrage :

Hilflosenentschädigung :

Falls Entschädigung:

2. PFLEGELEISTENDE PERSON

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Zivilstand :

Geschlecht:

Beruf:

tätig:

Arbeitspensum:

%

Strasse:

AHV-Nr.:

PLZ Ort:

Tel.:

E-mail:

Natel:

Verhältnis:

Gemeinsamer Haushalt

Unmittelbare Nachbarschaft

3. GEGENWÄRTIG BETREUT :

- von einem Pflegedienst
 - von einem Familienhilfedienst:
 - von einem anderen Dienst :
- Falls ja, Name der Institution:
-

4. HAUSARZT

Name:

Strasse:

PLZ Ort:

Tel. Nr:

5. BEMERKUNGEN

Ort und Datum

Unterschrift der pflegebedürftigen Person:

Unterschrift der pflegeleistenden Person:

Dieses Formular ist zu senden an :

Commission des indemnités forfaitaires
Avenue Jean-Paul II 10
1752 Villars-sur-Glâne