

DEPARTEMENT GESUNDHEIT UND SOZIALES

Generalsekretariat

25. Februar 2015

FORMULAR

Gesuch um subsidiäre limitierte Kostengutsprache für die Kosten in einer stationären Pflege- einrichtung (Anhang 2)		
Die Consultatellanin / den Con	such atallan atalli	
Die Gesuchstellerin / der Ges		
der Wohnsitzgemeinde	hiermit das Gesuch, für die	
durch die Pflegeeinrichtung in Rechnung gestellten Beträge eine subsidiäre Kostengutspra-		
che im Umfang von CHF	zu leisten.	
1. Personenangaben		
Gesuchstellerin/Gesuchsteller:		
Name:		
Vorname:		
Sozialversicherungsnummer:		
Wohnsitz (Strasse, PLZ, Ort):		
Telefonnummer:		
beabsichtigter oder bereits erfolgter Eintritt in folgen- de Pflegeeinrichtung (Name, Strasse, PLZ, Ort):		
Eintritt in die Pflegeeinrichtung:	☐ Eintritt erfolgte am: ☐ Eintritt ist noch nicht erfolgt	

Vertretungsberechtigte Person der Gesuchstellerin/des Gesuchstellers (Vertreterin/Vertreter):		
Name:		
Vorname:		
Adresse (Strasse, PLZ, Ort):		
Telefonnummer:		
	steller bestätigt, dass die eigenen finanziellen Mittel nicht ausreichen, g verlangte Akontozahlung zu leisten. Die finanziellen Verhältnisse	
Einkommen pro Monat:		
Rentenleistungen (AHV/IV, Pensionskasse, 3. Säule, andere):	CHF	
Ergänzungsleistungen:	CHF	
Sozialhilfeleistungen:	CHF	
anderes Einkommen:	CHF	
Vermögen:		
Guthaben Bank:	CHF	
Guthaben PostFinance:	CHF	
Bargeld:	CHF	
Lebensversicherungen:	CHF	
Grundeigentum in der Schweiz:		
Ort:		
Wert (ggf. geschätzt):	CHF	
Grundeigentum im Ausland:		
Ort und Land:		
Wert (ggf. geschätzt):	CHF	
anderes Vermögen:	CHF	

Schulden:		
□ keine vorhanden		
□ vorhanden:		
Hypothek:	CHF	
andere Schulden:	CHF	
3. Unterschrift		
Ort und Datum:		
Unterschrift Gesuchstellerin/Gesuchsteller oder Vertreterin/Vertreter:		

Beilage

• Bestätigung der Pflegeeinrichtung betreffend die Höhe der Kostengutsprache und Abtretungserklärung