



Einwohnergemeinde

Röschenz

Antrag auf Ausrichtung eines Pflegekostenbeitrages

Antragsteller/in

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon:

Datum:

Unterschrift:

Pflegeempfänger/in

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon:

Geburtsdatum:

Hausarzt:

Arztzeugnis*: Bitte diesem Formular beilegen

*Bescheinigung des Gesundheitszustandes

Weiterleitung an:

Gemeindeverwaltung Röschenz
Dorfplatz 1
4244 Röschenz

Durch die Gemeinde auszufüllen

Eingangsdatum des Antrags:

Abklärung der Pflegebedürftigkeit und Eignung der Pflegeperson

Name, Vorname der abklärenden Person:

Datum der Abklärung:

Zeitaufwand:

II. Anforderungen

§ 3 Voraussetzungen für einen Beitrag für die Pflege zu Hause

- An- und Auskleiden;
- sich Setzen, Aufstehen, Zubettgehen;
- Essen (nach der Zubereitung);
- tägliche Körperpflege;
- Benutzen der Toilette;
- Fortbewegung zu Hause;
- Kontaktnahme mit der Umwelt.
- Die pflegebedürftige Person bedarf aus medizinischen Gründen der ständigen Überwachung, die direkten Hilfeleistungen betragen jedoch weniger als 1 ½ Stunden.

Die Pflegeperson wird den

Ansprüchen der pflegebedürftigen

Person gerecht:

Ja / Nein

Voraussetzungen erfüllt:

Ja / Nein

Datum Entscheid GR

bzw. delegierte Funktionsstelle:

Datum für nächste Kontrollprüfung: