



Rue de la Lécheretta 18  
Case postale  
1630 Bulle

## Pauschalentschädigung

Antrag

### Commission de district pour l'indemnité forfaitaire

Téléphone 026 919 00 19  
Courriel reseau@rssg.ch

Dossier Nr.

Aufgenommen, den

#### 1. Hilflöse Person

Name : ..... Vorname : .....  
Geburtsdatum : ..... Zivilstand : .....  
Geschlecht : F  M  Mitglieder-Nr. : .....  
Adresse : .....  
PLZ / Wohnort : .....  
Tél.-Nr. : ..... Mobile-Nr. : .....  
Beruf : .....  
Aktif : Ja  Nein  Aktivitätsgrad : ..... %  
Wohnhaft im Kanton Freiburg seit : .....  
Politische Gemeinde : .....  
Bezirk : .....

#### 2. Helfende Person

Name : ..... Vorname : .....  
Geburtsdatum : ..... Zivilstand : .....  
Geschlecht : F  M  Mitglieder-Nr. : .....  
Adresse : .....  
PLZ / Wohnort : .....  
Tél.-Nr. : ..... Mobile-Nr. : .....  
Beruf : .....  
Aktif : Ja  Nein  Aktivitätsgrad : ..... %  
Quellensteuer : Ja  Nein   
Vergütung der Pflegekraft durch eine Pflegeorganisation : Ja  Nein   
Angehörigkeitsgrad : .....  
Andere Beziehung (*Freund, Nachbar, Lebensgefährte, ...*) : .....  
Seit wann : .....

**3. Beanspruchen Sie Hilfe der Spitalexternen Pflege und Familienhilfe**

Für Krankenpflege : Ja  Nein

Tage pro Woche : .....

Für Familien-und Haushalthilfe : Ja  Nein

Tage pro Woche : .....

**4. Andere Hilfen**

Ja  Nein  wenn ja welche : .....

Tage pro Woche : .....

**5. Behandelnder Arzt**

Name : ..... Vorname : .....

Adresse : .....

PLZ / Wohnort : .....

Tél.-Nr. : ..... Mobile-Nr. : .....

**6. Bemerkungen**

.....  
.....  
.....  
.....

**Ort** : ..... **Datum** : .....

**Helfende Person**

Name : ..... Vorname : .....

Unterschrift : .....

**Hilfe beanspruchende Person**

Name : ..... Vorname : .....

Unterschrift : .....

Für Sie zuständiger Dienst :  
**Réseau Santé et Social de la Gruyère**  
**Commission de district pour l'indemnité forfaitaire**  
**Case postale**  
**1630 Bulle**