**Abrechnung Pflegekostenbeiträge 2. Quartal 2024**

**Pflegebedürftigte/r**

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon:

**Abrechnungsperiode für die Zeit vom 01.04.2024 bis 30.06.2024**

**Ausfalltage**Spital- oder Kuraufenthalt, Ferienbett (entsprechendes bitte unterstreichen)

Daten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt:**

Pflegebedürftigte/r (wenn möglich)

**Pflegeverantwortliche/r**

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon:

**Anzahl Tage / Stunden**

Januar - Anzahl Stunden

Februar - Anzahl Stunden

März - Anzahl Stunden

= Total Pflegestunden x CHF 25.00 \*

bzw. CHF 12.50 \*

\* Auszahlung: max. 20 Stunden pro Monat

Pflegeverantwortliche/r (Datum/Unterschrift)

*Datum/Visum (wird von der Gemeinde ausgefüllt)*