Stadt Kriens

Sozialdepartement

Gesellschafts- und Gesundheitsdienste

Stadtplatz 1

CH-6010 Kriens

kriens.ch

|  |
| --- |
| Name InstitutionAnsprechpersonStrassePLZ, Ort |

**Kostengutsprache für Pflegeleistungen**

**Heime (Restfinanzierung durch Gemeinde)**

**Angaben zum Leistungserbringer:**

|  |  |
| --- | --- |
| Alters-/Pflegeheim: | Name der Pflegeinstitution |
| Adresse: | Strasse, PLZ / Ort |
| Verantwortliche Person: | Name / Vorname, Funktion |
| Telefon: | XXX XXX XX XX |
| E-Mail: | abc@uvwx.yz |

**Angaben zur Person, für welche die Kostengutsprache angefragt wird:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name / Vorname: | Name der pflegebedürftigen Person |
| Geburtsdatum: | TT.MM.JJJJ |
| Versicherten-Nummer: | 756.XXXX.XXXX.XX |
| Zivilrechtliche Wohnadressevor Heimeintritt: | Strasse, PLZ / Ort |
| Datum Heimeintritt: | TT.MM.JJJJ |
| Pflegestufe: | BESA/RAI XX |
| Gesetzliche Vertretung (falls vorhanden), Name / Adresse: | Name / Vorname, Strasse, Nr., PLZ, Ort |

***Durch die Gemeinde auszufüllen:***

|  |
| --- |
| Kostengutsprache wird erteilt: [ ]  Ja [ ]  Nein  |
| Bemerkungen: |
| Kriens, 16. Januar 2019 Rechtsgültige Unterschrift: |

Beilage: