**Abklärung Zuständigkeit -**

**Restfinanzierung durch die Gemeinde**

**Angaben zum Leistungserbringer**

|  |  |
| --- | --- |
| Alters- / Pflegeheim: |       |
| Strasse, PLZ / Ort: |       |
| Verantwortliche Person: |       |
| Telefon: |       |
| E-Mail: |       |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Name / Vorname: |       |
| Geburtsdatum: |       |
| Sozialversicherungsnummer / AHV-NR.: |       |
| Zivilrechtliche Wohnadresse vor Heimeintritt: |       |
| Datum Heimeintritt: |       |
| Pflegestufe: |       |
| Gesetzliche Vertretung:(falls vorhanden Name & Adresse aufführen) |       |

**Durch die Gemeinde auszufüllen:**

|  |
| --- |
| Die Kostengutsprache wird erteilt: [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Bemerkung:       |
| Ort, Datum & Rechtsgültige Unterschrift:       |