**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: |