



Gesuch für kommunale Pflegekostenbeiträge

Pflegebedürftige Person: Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
PLZ / Ort: _____
in Allschwil wohnhaft seit: _____

Hausarzt / ärztin: Name: _____
Adresse: _____
PLZ / Ort: _____

Pflegeperson: Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Sozialversicherungs Nr. (AHV-Nr.): _____
Adresse: _____
PLZ / Ort: _____
Verwandt: Ja / Nein Nachbar: Ja / Nein

Betreuung: Beginn: _____
Aufwand pro Tag: _____ Stunden

Art der Betreuung:

An- und Auskleiden	___
Sich setzen	___
Aufstehen, Zubettgehen	___
Essen (nach Zubereitung)	___
tägliche Körperpflege	___
Baden	___
Benützen der Toilette	___
Fortbewegung im Haus	___
Kontakt mit der Umwelt	___

(zutreffendes bitte mit einem **x** kennzeichnen)

Zusätzliche Betreuung: Wird der/die Pflegebedürftige noch von anderen Personen oder Institutionen(z.B. Spitex) betreut? Ja / Nein

**wenn Ja:
andere Person:**

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

AHV-Nr.: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

andere Institution:

Name: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Ort: _____

Datum: _____

Die Richtigkeit der Angaben
bestätigt die antragsstellende
Person:

Unterschrift: _____