

**Antragsformular für Entlastungsleistungen
bei der Pflege und Betreuung zu Hause**

Antragsteller/in:

Pflege-/betreuungsbedürftige Person:

| | | | |
|---------------|-------|---------------------------|-------|
| Name: | ..... | Name: | ..... |
| Vorname: | ..... | Vorname: | ..... |
| Geburtsdatum: | ..... | Geburtsdatum: | ..... |
| Strasse: | ..... | Strasse: | ..... |
| PLZ/Wohnort: | ..... | PLZ/Wohnort: | ..... |
| | | In Reinach wohnhaft seit: | ..... |

Wer erbringt die regelmässige unentgeltliche Pflege und Betreuung?

- Antragsteller/in
- andere Person/Organisation

In welchem Verhältnis steht die pflegende/betreuende Person zur pflege-/betreuungsbedürftigen Person?

.....

Kurze Beschreibung der Pflegesituation:

.....
.....
.....

Name des Hausarztes/der Hausärztin:

Bitte dem Antrag ein gültiges Arztzeugnis beilegen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

→ Rückseite beachten!

Zur administrativen Erfassung bitten wir Sie um folgende Angaben:
Wer soll die Entlastungsleistung erbringen?

- Private Hilfe
- Betagtenhilfe
- Spitex Reinach
- Tages-Zentrum für Betagte
- Habe schon eine Hilfe, wenn ja, welche?

Name

Adresse

Art der Entlastung? (z.B. Spazierengehen, Beaufsichtigung, Betreuen usw.)

.....
.....

Zeitlicher Aufwand pro Monat?

Das vollständig ausgefüllte Formular plus ärztliches Zeugnis schicken Sie bitte an:

Kommission für Entlastungsleistungen
c/o Spitex Reinach
Kägenstrasse 17
4153 Reinach

Die Richtigkeit der Angaben bestätigt:

Ort Datum

Name/Vorname

Unterschrift