Hinweis zum Ausfüllen

Ottostrasse 24
Postfach
7001 Chur
Tel. 081 257 41 11
Fax 081 257 42 22
www.sva.gr.ch

SVA Graubünden
Sozialversicherungen
Assicuranzas socialas
Assicurazioni sociali

Ergänzungsleistungen (EL) - Heim-/Spital-/Klinikaufenthalt

(von der Institution auszufüllen)

AHV-Nummer (13-stellig)

756.

Geburtsdatum

Name

Vorname

Datum Eintritt

Taxe gültig ab Datum

Total Taxe/Kosten pro Tag (bei Monatstaxe pro Monat) zu Lasten versicherter Person

➔ **Bitte detaillierte Kostenbestätigung beilegen.**

Voraussichtliche Dauer des Heimaufenthaltes (zutreffendes ankreuzen)

☐ Voraussichtlich handelt es sich um einen dauerhaften oder längeren Heimaufenthalt von mehr als drei Monaten.

☐ Es ist ein vorübergehender Heimaufenthalt von weniger als drei Monaten geplant.

Weitere Angaben bei Invaliden- oder Kinderheim

Wird die Hilflosenentschädigung separat in Rechnung gestellt? ☐ ja ☐ nein

Ist die Institution der IVSE angeschlossen? ☐ ja ☐ nein

Name und Adresse der Institution

Telefon für Rückfragen

Datum und Unterschrift der Institution

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben.

Löschen Drucken