

Kostengutsprache Tagesstätte

Tagesstätte Mosaik

Klient-/in

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

IV/AHV Vers.-Nr.: _____

Tarif Tagesstätte

Eintrittsdatum: _____

Pflegestufe: _____

Tarif Art: _____ (IV, Finanz, Soz. Dienst, etc.)

Kostengutsprache

Gültig von: _____

Gültig bis: _____

Tarif/Tag*: CHF _____

Andere: _____

Bemerkungen:

* Hinweis:

Für die Bestimmung und Verrechnung der Tarife gelten die Vorgaben gemäss Behindertenleistungsgesetz des Kantons Bern (BLG) und die Tarifregelungen der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern (GSI).

Die Kostengutsprache erteilt:

Ort, Datum: _____, _____

Kontakt/Beistand: _____,

Stelle:

PLZ, Ort:

Stempel/Unterschrift:

Bitte retournieren an: Stiftung Helsenberg, Klientenadministration, Willigen, 3860 Meiringen, Tel. 033 972 81 15