



## Aufenthaltsvertrag

Vereinbarung zwischen **Stiftung Aktion Demenz** und

### Gast

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel.Privat \_\_\_\_\_ Tel.Natel \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Schriften in \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Krankenkasse (Name, Sektion, Mitgl.Nr.) \_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung (obligatorisch) \_\_\_\_\_

Hausarzt / Name, Adresse + Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Bezugsperson \_\_\_\_\_ Tel. Nr. \_\_\_\_\_

### Bezugsperson, gesetzlicher Vertreter / Zahlstelle

Vormundschaftliche Massnahme  keine  Beiratschaft  
 Beistandschaft  Vormundschaft

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Vertreter in der Funktion als \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel.G/P \_\_\_\_\_ Natel / Mail \_\_\_\_\_

### Anmeldung für

Nach erfolgreichem **Schnuppertag** (empfohlen) kann ein Eintritt per \_\_\_\_\_ erfolgen. Dieser Schnuppertag ist gratis.

<input type="checkbox"/> Tagesaufenthalte	Mo <input type="checkbox"/> / Di <input type="checkbox"/> / Mi <input type="checkbox"/> / Do <input type="checkbox"/> / Fr <input type="checkbox"/> / Sa <input type="checkbox"/> / So <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nachtaufenthalte	Mo-Di <input type="checkbox"/> / Di-Mi <input type="checkbox"/> / Mi-Do <input type="checkbox"/> / Do-Fr <input type="checkbox"/> Fr-Sa <input type="checkbox"/> / Sa-So <input type="checkbox"/> / So-Mo <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ferienaufenthalte (von / bis)	

## Schnupperzeit

Sie dauert mindestens 3 Tage, d.h. vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Die **Schnupperzeit gibt sowohl dem Gast als auch der Betreuung die Gelegenheit abzuklären**, ob das Haus Herbstzytlos der richtige Aufenthaltsort ist. Nach der Schnupperzeit findet eine Standortbestimmung statt, an welcher gemeinsam über den weiteren Verbleib und Dauer im Haus Herbstzytlos entschieden wird. Je nach Bedarf werden für die Dauer der Schnupperzeit individuelle Abmachungen getroffen (diese werden in schriftlicher Form festgehalten und gegenseitig unterzeichnet).

## Versicherung (Krankheit / Unfall / Haftpflicht)

Beim Eintritt hat der Gast den Nachweis zu erbringen, dass er/sie gegen Krankheit, Unfall und gegen Ansprüche Dritter versichert ist. Mitgebrachte Kleider und Möbel müssen auf eigene Kosten versichert werden.

## Auflösung des Vertrages

Der Aufenthalt im Haus Herbstzytlos ist mit der Anmeldung befristet. Im gegenseitigen Einverständnis kann der Vertrag auf einen zu vereinbarenden Termin aufgehoben werden.

Zusätzliche Gründe, welche einen Austritt oder einen Übertritt in eine andere Institution rechtfertigen, sind:

- Der Gast möchte die Institution wechseln
- Die Institution kann die nötigen pflegerischen Dienstleistungen nicht mehr erbringen
- Das Zusammenleben in einer Gruppe wird unzumutbar
- Eigen- oder Fremdgefährdung

Mit dem Unterzeichnen dieses Aufenthaltsvertrages bestätigt der Gast bzw. sein gesetzlicher Vertreter vom Vertrag und der Tarifordnung Kenntnis genommen zu haben und erklärt sich damit schriftlich einverstanden. Probleme mit Leitung, Betreuung oder strukturellen Gegebenheiten, die sich nicht vor Ort lösen lassen, können dem Stiftungsrat gemeldet werden. Als Gerichtsstand gilt für beide Parteien der Sitz der Wohngemeinschaft.

## Sonstige Bemerkungen:

Der Gast

Für die Stiftung Aktion Demenz

\_\_\_\_\_  
Der/die gesetzliche Vertreter/Vertreterin

\_\_\_\_\_  
Mauensee, den

# Anhang zum Aufenthaltsvertrag für

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Um einen reibungslosen/vollständigen Eintritt unseres Gastes zu gewährleisten, bitten wir Sie, uns die nachstehenden Versicherungsdaten mitzuteilen. Unfall- und Haftpflichtversicherung sind Sache des Versorgers.

Krankenkasse (Name, Sektion, Adresse, Mitglied-Nr.)

---

Privat-Haftpflichtversicherung (Name, Adresse, Police-Nr.)

---

Adresse Ausgleichskasse AHV

Versicherten-Nr.

---

Hilflosenentschädigung  keine  Grad 1  Grad 2  Grad 3

Ergänzungsleistungsbezug  EL ja  EL nein

IV-Rente beantragt: Datum IV-Antrag:

nein

ja

\_\_\_\_\_

IV-Verfügung: Versicherten-Nr.: Kopie-IV-Verfügung vorhanden

nein

nein

ja

\_\_\_\_\_

ja

Grundsätzlich wird der Aufenthalt durch Beiträge von Institutionen der Sozialversicherungen finanziert, z. B. Renten, Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung etc.

---

Die AHV bezahlt ab dem 12. Monat von erbrachten Hilfeleistungen an unterstützungsbedürftige Personen eine mittlere/schwere Hilflosenentschädigung (maximal Fr. 850.00 pro Monat). Dies ist unabhängig von Vermögen und Einkünften. Bei ambulanter Pflege wird neu auch die leichte Hilflosenentschädigung ausgerichtet (Fr. 228.00 pro Monat). Bei Ausrichtung von leichter Hilflosenentschädigung wird selbstbewohntes Eigentum bei der Berechnung von EL angerechnet.

---

► Eine allfällige Hilflosenentschädigung bitte der Stiftung Aktion Demenz melden.

Darauf erheben wir keinen Anspruch. Sie geht zugunsten des Versorgers.

---

durch die Stiftung Aktion Demenz auszufüllen

Hilflosenentschädigung beantragt am \_\_\_\_\_

Kanton \_\_\_\_\_