

Selbst-Controlling (Abgabetermin spätestens bis 15. Februar)

administrative Begleitung

stellvertretende administrative Begleitung

Kundin/Kunde:	<input type="text"/>	Vertragsnummer:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>	Vertrags-Beginn:	<input type="text"/>
Wohnort:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	aktueller Tarif:	<input type="text"/>

SOE	<input type="text"/>	Wohnort:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>

Aktuelle Situation:	Bericht von / bis: <input type="text"/>		
Tätigkeiten:	gem. Vertrag für administrative Begleitung od. stellvertretende administrative Begleitung		
Anzahl Besuche:	<input type="text"/> pro Jahr		
Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> Mietwohnung	<input type="checkbox"/> Eigenheim	<input type="checkbox"/> Alters- und Pflegeheim <input type="text"/>
regelmässige Kontakte mit:	<input type="text"/>		
Angehörige:	<input type="text"/>		

Finanzielle Situation:				
Einnahmen:	<input type="checkbox"/> AHV:	<input type="checkbox"/> EL / HE / IPV:	<input type="checkbox"/> andere Renten:	<input type="checkbox"/> Beiträge Krankenkasse:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		
Bemerkungen:	<input type="text"/>			

Ausgaben: Miete/Heim: Krankenkasse: Zusatz-Versicherungen:

CHF: (pro Monat) CHF: CHF:

Taxe: CHF:

Bank / Post: Konto-Nummer: Kontostand neu: Veränderungen +/-:

1) ----- CHF: CHF:

2) ----- CHF: CHF:

3) ----- CHF: CHF:

Vollmacht: ja nein gelegentlich regeln

Durchgangskonto Bank / Post: 1) 2) 3)

Vermögenskonto Bank / Post: 1) 2) 3)

Kollektivunterschrift mit: -----

Bemerkungen:

- Gibt es gravierende Veränderungen des Gesundheitszustandes? ja nein
Wenn ja, welche? -----
- Werden Hilfsmittel benötigt? ja nein
Wenn ja, welche? -----
- Hat sich bezüglich der adm. Begleitung etwas verändert? ja nein
Wenn ja, was? -----
- Ist der Ergänzungsleistungs-Anspruch geprüft? ja nein
- Ist die Verfügung der Ergänzungsleistung angepasst?
(Miet-Kosten / Nebenkosten, Heimtaxe, Vermögen, Renten, HE etc.)
durch wen? SOE Sozialberatung ja nein
- Erlass Fernsehgebühr (SERAFE) für EL-BezügerIn geprüft? ja nein
- Sind alle Krankheitskosten mit der Krankenkasse abgerechnet?
(Arzt, Heim, Spitex u.a.) ja nein
- Sind alle Krankheitskosten mit der Ausgleichskasse abgerechnet? (nur bei EL-Bezügern)
(Franchise/Selbstbehalt Krankenkasse, Spitex, Zahnarzt etc.) ja nein
- Ist der Anspruch auf Prämienverbilligung (IPV) geprüft und
allenfalls fristgerecht eingereicht? ja nein
- Steuererklärung ausgefüllt durch: -----
- Ist die definitive Steuerveranlagung überprüft und mit dem
Vorjahr verglichen worden? ja nein
- allfälliger Steuererlass nötig (Vermögen unter ca. 10'000 Fr.) ja nein
- Stimmen die Zahlungsbelege mit den Kontoauszügen überein?
(bei Vollmacht: Buchführung mit nummerierter Ablage) ja nein

- Sind alle Belege ordnungsgemäss im Ordner abgelegt? ja nein
- Sind Handlungs- oder Urteilsfähigkeiten eingeschränkt? ja nein
- Ist eine Veränderung der Wohnsituation in Aussicht? ja nein
- Wie beurteilen Sie das Verhältnis zwischen SOE und KlientIn?
 sehr gut gut mittelmässig schlecht
- Post wird gemeinsam gesichtet und besprochen ja nein
- Kontaktaufnahme durch Sozialberatung erwünscht? ja nein
- Kontaktaufnahme durch Ressortleitung erwünscht? ja nein

Bemerkungen: (bei Unsicherheiten bitte mit dem Ressort Hilfen zu Hause aufnehmen)

Können die im Vertrag getroffenen Vereinbarungen bis auf weiteres beibehalten werden?

- ja nein gelegentlich regeln

Tarif wurde überprüft und bei einer Veränderung des Reinvermögens angepasst? ja

Ort / Datum:

Unterschriften:

Kunde/Kundin:

Sozialzeitengagierte/r (SOE)

Internes

geprüft durch Ressortleitung:

Datum:

keine Prüfung durch SA nötig

geprüft Sozialarbeit:

Datum:

verrechnet durch Ressortleitung:

Datum: