



Brühlgasse 4 | Postfach | 4153 Reinach | Tel. 061 711 30 36 | info@pwg-reinach.ch

**KOSTENGUTSPRACHE für den Aufenthalt in den pwg-Reinach für**

Name / Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... AHV-Nr: .....

Krankenkasse\*: ..... Versicherungsnummer: .....

Prämienzahler: .....

Haftpflichtversicherung\*\* : .....

Prämienzahler: .....

Ansprechperson der zuw. Stelle: .....

Telefon / email: .....

.....

\*Kopie der Police beilegen

\*\* es besteht die Möglichkeit der Kollektivversicherung beizutreten, Kosten CHF 20.-/Jahr (Stand 2020)

**Gültig von: ..... bis: .....(mind. 3 Mte)**

**Die Tagespauschale beträgt zurzeit CHF 160.00**

**Zusätzlich wird eine mtl. Taschengeldpauschale von CHF 360.00 (BL) oder CHF 400.- (BS) in Rechnung gestellt.**

**Kann die/der BewohnerIn extern arbeiten, wird der Lohn an die einweisende Stelle abgetreten, diese überweist allf. freie Einkünfte, Motivationsbonus o.a. direkt.**

**Ort und Datum:** .....

**Rechnungsadresse:** .....

.....

**Stempel/Unterschrift:**