

Gerberweg 2 47589 Uedem Tel. 0170 7993563	Kosteninformation / Kostenvoranschlag	Geltungsbereich: GF, Verwaltung
---	--	------------------------------------



Mögliche Leistung	Refinanzierung		Pflegekasse, Krankenkasse	privat, keine Refinanzierung
	Entlastungsleistung (125,00€/Monat)	Verhinderungspflege (bis 1612,00€/Jahr) mit anteilig Kurzzeitpflege bis zu 2418,00€/Jahr		
erstes Beratungs-, Informationsgespräch	KOSTENFREI			
weitere Informationsgespräche 29,00 € / Zeitstunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Teilnahme, Begleitung ToM© (Inklusionssport) 29,00 € / Zeitstunde	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Teilnahme Veranstaltungen komuniti 29,00 € / Zeitstunde	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Teilnahme Selbsthilfegruppe 5,00€ / Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Beratung, Ausarbeitung §132g SGB V 35,00 € / Zeitstunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Expertise (JVEG NRW Sachgebietsbezeichnung Nr. 15) 85,00 € / Zeitstunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pflegeberatung §37.3 bei bestehendem Pflegegrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allg. Pflegeberatung Erstgespräch u 1 Folgegespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausflüge, Kurzurlaube	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> beinhalten evtl. eine Kürzung des Pflegegeldes!	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Besuche Kino, Museum, Theater, Schwimmbad 29,00 € / Zeitstunde	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> stundenweise, dann keine Kürzung Pflegegeld	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Reinigen der Wohnung 29,00 € / Zeitstunde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wäscheversorgung 29,00 € / Zeitstunde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
GF, Achim Hahn		1	2021 04 22	Seite 1 von 2

Kochen, spülen, Einkauf 29,00 € / Zeitstunde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Begleitung Arzt u.a. 29,00 € / Zeitstunde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gesellschaftsspiele, musizieren, "da-sein" 29,00 € / Zeitstunde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Bei Gruppenleistungen reduziert sich der individuelle Betrag

vereinbarte Leistungen (detailliert)	Kostenrahmen	Wunsch Klient*In
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Kosten gesamt		
davon Entlastungsleistung		
davon Verhinderungspflege		
davon Pflegekasse, Krankenkasse		
davon privat		

Gültigkeit Kostenvoranschlag: 14 Tage

Datum, Unterschrift kom

Bitte lesen Sie diesen Kostenrahmen aufmerksam durch! Mit Ihrer Unterschrift wird die Vereinbarung für Sie und uns bindend. Die vereinbarten Leistungen sind durch Sie jederzeit änderbar.

Wir freuen uns, Sie begleiten zu dürfen!

- ich habe den Kostenvoranschlag gelesen und bin mit den einzelnen Leistungen und den daraus resultierenden Kosten einverstanden
- ich erhalte eine monatliche Rechnung und einen Leistungsnachweis seitens der komuniti GmbH
- die privat zu übernehmenden Kosten überweise ich auf folgendes Konto:
 komuniti GmbH Sparkasse Rhein-Maas, Kleve
 IBAN DE52 3245 0000 0030 0452 64 (Konto 300 452 64)
 BIC WELADED1KLE

Datum / Unterschrift Klient*In / Bevollmächtig*er