



KANTON
NIDWALDEN

GESUNDHEITS- UND
SOZIALDIREKTION

GESUNDHEITSAMT

Engelbergstrasse 34, Postfach 1243, 6371 Stans
Telefon 041 618 76 02, www.nw.ch

Antrag für Kostenübernahmезusicherung bei ausserkantonalem Heimeintritt

Leistungserbringer

ZSR	
GLN-Nummer	
Pflegeheim	
Adresse	
PLZ und Ort	
Zuständige Person	
E-Mail <small>à Wenn möglich HIN geschützt</small>	
Telefon	

Versicherte Person

Name	
Vorname	
Adresse	
PLZ und Ort	
AHV-Nr.	
Geburtsdatum	
Name Vertreter	
Adresse Vertreter	
PLZ und Ort Vertreter	

Weitere Angaben

Befinden Sie sich bereits in einer Einrichtung?

Nein Ja

Haben Sie in den letzten drei Monaten den Wohnsitz gewechselt?

Nein Ja

Falls ja, sind Sie neu in den Kanton Nidwalden zugezogen?

Nein Ja

Datum des Heimeintritts:

Begründung für ausserkantonalen Heimeintritt

--

Antrag der versicherten Person bzw. deren Vertretung

Die versicherte Person oder deren Vertretung stellt den Antrag für die Übernahme der Restkosten und bestätigt die obigen Angaben

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

Beurteilung durch den Kanton

Wohnsitz kontrolliert

Genehmigung

- Zum Zeitpunkt des Heimeintritts würde in geografischer Nähe des Wohnsitzes der aufgeführten Person im Wohnkanton ein Pflegeheimplatz zur Verfügung stehen. Der Kanton Nidwalden übernimmt deshalb unbefristet die Restkosten bis zum Maximaltarif des Kantons Nidwalden, exkl. Hoteltaxen und Kosten für ausserkantonale Bewohner.
- Zum Zeitpunkt des Heimeintritts steht in geografischer Nähe des Wohnsitzes der aufgeführten Person im Wohnkanton kein Pflegeheimplatz zur Verfügung. Der Kanton Nidwalden übernimmt deshalb unbeschränkt die Restkosten nach den Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers, exkl. Hoteltaxen und Kosten für ausserkantonale Bewohner.

Die betroffenen Personen sind verpflichtet eine Veränderung der Verhältnisse zu melden. Bei Veränderungen in rechtlicher oder tatsächlicher Hinsicht kann das Amt die Angelegenheit jederzeit neu einschätzen und entscheiden.

Die betroffenen Personen haben das Recht, beim Gesundheitsamt eine beschwerdefähige Verfügung zu verlangen.

Bestätigung Kanton

Carolina dos Santos, Vorsteherin Gesundheitsamt NW

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____