

## Ergänzungsleistungen (EL) - Heim-/Spital-/Klinikaufenthalt

(von der Institution auszufüllen)

Versicherten-Nr.

7 5 6 . . . . .

Geburtsdatum

Name

Vorname

Datum Eintritt

Taxe gültig ab Datum

Total Taxe/Kosten pro Tag (bei Monatstaxe pro Monat) zu Lasten versicherter Person

→ Bitte detaillierte Kostenbestätigung beilegen.

### Weitere Angaben bei Invaliden- oder Kinderheim

- Wird die Hilflosenentschädigung separat in Rechnung gestellt?  ja  nein
- Ist die Institution der IVSE angeschlossen?  ja  nein

Name und Adresse der Institution

Telefon für Rückfragen

Datum und Unterschrift der Institution

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben.