

ARZTZEUGNIS FÜR HILFE UND BETREUUNG IM HAUSHALT NACH ARTIKEL 17 EV ELG

Zuhanden der Ausgleichskasse des Kantons Bern, Abteilung Ergänzungsleistungen,
Chutzenstrasse 10, 3007 Bern

EL-Kriterien

Ausgewiesene Kosten für Hilfe und Betreuung im Haushalt werden vergütet, wenn diese infolge Alter, Invalidität, Unfall oder Krankheit notwendig sind. D.h., wenn die geistige oder körperliche Verfassung die versicherte Person derart beeinträchtigt, dass die Ausübung von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten nicht mehr oder nur noch teilweise möglich ist.

Wir bitten Sie, das vorliegende Formular von Ihrem Arzt ausfüllen zu lassen und bei der zuständigen AHV-Zweigstelle einzureichen.

Der unterzeichnete Arzt bestätigt, dass

Name und Vorname

Vers.-Nr.

Adresse

Hilfe und Betreuung im Haushalt benötigt.

1. Beginn:

Voraussichtliches Ende:

2. Zeitlicher Aufwand pro Monat:

3. Detaillierte Begründung für die notwendige Hilfe und Betreuung im Haushalt:

.....

.....

.....

Ort / Datum:

**Stempel und Unterschrift
des behandelnden Arztes:**

.....

.....