



AUSGLEICHSKASSE DES KANTONS BERN
CAISSE DE COMPENSATION DU CANTON DE BERNE

Angaben zum Heim:

**Ausweis für Heime gemäss
Art. 2 Bst. b Ziff. 2 EV ELG**

Für Personen welche dauernd oder längere Zeit in
einem übrigen Heim oder privaten Haushalt **mit
einer Betriebsbewilligung des Kantons Bern
oder einer kommunalen Stelle leben**

Original an:
AHV-Zweigstelle

--

Tarifausweis (für die EL massgebende Heimkosten)

Name und Vorname BewohnerIn _____	Geburtsdatum _____	Versicherten-Nummer _____
Kontaktperson für finanzielle Fragen (Name/Vorname/Strasse/Ort) _____ _____ _____	Eintrittsdatum _____	Gültig ab _____
Der Eintritt/Aufenthalt ist: <input type="radio"/> definitiv <input type="radio"/> Ferien	Tarif (beinhaltet die Kosten für Hotellerie und Betreuung)	pro Tag Fr. _____
Jede Änderung der für die EL massgebenden Heimkosten (Tarif) ist der AKB bzw. der AHV- Zweigstelle unverzüglich zu melden.		
Datum: _____		
Unterschrift der Heimleitung: _____		