**Rechenschaftsbericht und Rechnung**

**Berichtsperiode:** von       bis

**Betreute Person:**

**Massnahme nach Art.:**

**Beistandsperson:**

1. **Ausgangslage**
2. **Pendenzen aus letztem Bericht**

[ ]  Keine Pendenzen aus der letzten Berichtsgenehmigung.
[ ]  Die Bemerkungen aus der Genehmigung des letzten Berichts wurden wie folgt bereinigt/umgesetzt:

|  |
| --- |
|  |

1. **Arbeit der Mandatsträgerin / des Mandatsträgers in der Berichtsperiode**

[ ]  Regelmässige Besprechungen / Kontakte
[ ]  Gelegentliche / unregelmässige Besprechungen / Kontakte

[ ]  Barauszahlungen Taschengeld
[ ]  Einkommens-, Renten- und Vermögensverwaltung

[ ]  Standortbestimmungen: (Datum und Teilnehmer)

[ ]  Helferkonferenzen: (Datum und Teilnehmer)

Zusammenfassung der Arbeit des Mandatsträgers/der Mandatsträgerin in dieser Berichtsperiode:

|  |
| --- |
|  |

1. **Persönliche Verhältnisse der betreuten Person**
2. **Wohnsituation** [ ]  kein Auftrag

|  |
| --- |
|  |

1. **Arbeit / Beschäftigung** [ ]  kein Auftrag

|  |
| --- |
|  |

1. **Soziale Kontakte / Beziehungen** [ ]  kein Auftrag

|  |
| --- |
|  |

1. **Gesundheitszustand** [ ]  kein Auftrag

|  |
| --- |
|  |

1. **Einkommens- und Vermögensverwaltung** [ ]  kein Auftrag

[ ]  Vermögen per Ende Berichtsperiode CHF

[ ]  Vermögenszunahme in der Berichtszeit: CHF

[ ]  Vermögensabnahme in der Berichtszeit: CHF

Grund der Veränderung:

|  |
| --- |
|  |

1. **Administration / Sozialversicherungen**

|  |
| --- |
|[ ]  Krankheitskosten bei der Krankenkasse geltend gemacht |
|[ ]  Revision der Ergänzungsleistung jeweils zu Jahresbeginn erledigt |
|[ ]  Allfällige Erhöhung der Heimkosten/Pflegestufen der EL gemeldet |
|[ ]  Selbstbehalte und Franchise der Krankenkassen bei der EL zurückgefordert |
|[ ]  Zahnarztkosten und Transportkosten zu Arzt oder Therapie bei der EL zurückgefordert |
|[ ]  AHV-Beiträge für Nichterwerbstätige einbezahlt (bei Personen im AHV-Alter nicht nötig) |
|[ ]  Prämienverbilligung beantragt (bei Personen mit EL nicht nötig) |
|[ ]  Steuererklärung eingereicht |
|[ ]  Steuererlassgesuch gestellt (z.B. bei HeimbewohnerIn mit EL und Vermögen weniger als Fr. 10'000.-) |

1. **Zusammenarbeit zwischen betreuter Person und Mandatsperson**

Beschrieb der Zusammenarbeit (Positives, Konflikte, pers. Verhältnis, Umsetzung Anordnungen)

|  |
| --- |
|  |

1. **Einschätzung / Beurteilung / bisher Erreichtes**

Kurze Stellungnahme in Bezug auf die gesetzten und erreichten Ziele (Fortschritt, Rücktritt, Stillstand) und die Ressourcen:

|  |
| --- |
|  |

1. **Zielsetzungen für nächste Berichtsperiode**

Kurzer Beschrieb, welche Ziele in der nächsten Berichtsperiode zusammen mit der betreuten Person erreicht werden sollen.

|  |
| --- |
|  |

1. **Anträge**

[ ]  Genehmigung Bericht und Rechnung

[ ]  Weiterführung der Beistandschaft

[ ]  Anpassung der Massnahme

[ ]  Aufhebung der Massnahme

Begründung Anpassung oder Aufhebung der Massnahme:

|  |
| --- |
|  |

1. **Mandatsträgerentschädigung und Spesen**

[ ]  Für die Tätigkeit als mandatstragende Person soll eine Entschädigung ausgerichtet werden.
[ ]  Auf eine Entschädigung für die Tätigkeit als mandatstragende Person wird verzichtet.

Beantragung eine Entschädigung für folgende, von der KESB festgelegten Aufgabengebiete:

[ ]  Pauschalentschädigung Einkommens-/ Vermögensverwaltung + Administration CHF 800.00 / Jahr

[ ]  Pauschalentschädigung Wohnen CHF 100.00 / Jahr

[ ]  Pauschalentschädigung Arbeit/Tagesstruktur CHF 100.00 / Jahr

[ ]  Pauschalentschädigung Soziales Wohl CHF 100.00 / Jahr

[ ]  Pauschalentschädigung Gesundheit/Medizinische Vertretung CHF 100.00 / Jahr

[ ]  Fahrspesen CHF 100.00 / Jahr

[ ]  Spesen für Infrastruktur/Porti/Telefon CHF 200.00 / Jahr

Zusätzlich gemäss Absprache mit der KESB für ausserordentliche Aufgaben

[ ]  Entschädigung gemäss Aufstellung (     Std. à CHF 40.00) CHF

[ ]  Spesen nach Aufwand CHF

[ ]  Fahrkosten nach Aufwand CHF

1. **Einbezug betreute Person**

[ ]  Die Beistandsperson hat den Bericht mit der betreuten Person besprochen.

[ ]  Die betreute Person ist mit allen Angaben einverstanden.

[ ]  Die betreute Person ist mit folgenden Angaben nicht einverstanden:

|  |
| --- |
|  |

[ ]  Die betreute Person kann den Inhalt des Berichtes aus folgenden Gründen nicht mehr erfassen:

|  |
| --- |
|  |

Eingesehen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort und Datum) (betreute Person)

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben bestätigt:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort und Datum) (Beistand / Beiständin)

Beilagen:

[ ]  Buchhaltung mit Vermögensbericht (inkl. Belegen)

[ ]  sämtliche Krankenkassenabrechnunge

[ ]  sämtliche Abrechnungen und Verfügungen der Ausgleichskasse

[ ]  Monats-Budget
[ ]
[ ]