



CANTON DU VALAIS  
KANTON WALLIS

Département des finances et de l'énergie  
Service cantonal des contributions  
Section des personnes physiques

Departement für Finanzen und Energie  
Kantonale Steuerverwaltung  
Sektion der Natürlichen Personen

**Steuerperiode:**

**Bestätigung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen des Pflegeabzuges Art. 31 Abs. 1 Bst. i. StG**  
**Bitte jede Rubrik des Dokumentes ausfüllen**

Angaben der freiwilligen Pflegeperson (bei mehr als drei Pflegepersonen, bitten wir Sie, ein neues Formular auszufüllen)						
	Pflegeperson/en					
	Pflegeperson	%	Pflegeperson	%	Pflegeperson	%
Name und Vorname						
Adresse						
Wohnort						
Geburtsdatum						
Telefonummer						
Informationen der zu pflegenden Person						
Name:	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Vorname:		_____	
Adresse:	_____		Wohnort:		_____	
Geburtsdatum:	_____		Tel.-Nr.:		_____	
Bezieht der Patient Pflegeleistungen des SMZ oder einer zugelassenen Organisation für Pflege und Unterstützung zu Hause?						
<input type="checkbox"/> Ja, seit: _____ <input type="checkbox"/> Nein						
Erhält der Patient eine Hilflosenentschädigung						
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
Wenn Ja, welchem Grad entspricht die Hilflosenentschädigung						
<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer						
Daten betreffend Unselbständigkeit						
Müsste die zu pflegende Person in einem Heim/Institution untergebracht werden, wenn sie keine regelmässigen Leistungen für die täglichen Verrichtungen (Anziehen oder Entkleiden, Aufstehen, Sitzen, Essen, Körperpflege, Medikamenteneinnahme oder Fortbewegung) der pflegenden Person erhalten würde?						
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
Datum, Stempel und Unterschrift						
Datum:			Datum:			
Unterschrift/en der freiwilligen Pflegeperson/en			Stempel und Unterschrift des Arztes, des SMZ oder des Verantwortlichen der Organisation für Pflege und Unterstützung zu Hause			