

Leistungsnachweis

des FeD der Lebenshilfe Osnabrück
 Haus der Gesundheit, Erdgeschoss Raum 15 , Hakenstr.6
 49074 Osnabrück, Tel: 0541- 430266, Fax: 0541 / 4095340

Monat.....2012

Bitte bis zum 5. des Nachmonats an den
 FeD senden oder beim Teamgespräch
 (1.Mittwoch im Monat) abgeben

Betreuer/in (Name, Wohnort)	Personal- Nummer	Betreute Person (Name, Wohnort)	Abrechnungs- Nr.
-----------------------------	---------------------	---------------------------------	---------------------

Tag	Betreuung				Erstbesuch Std	Teamgespr. Std	km (hin u. zurück)	Bemerkungen
	von	bis	Std	Unterschrift des Angehörigen				
Summe								
Gesamtstundenzahl					Betreuungsleistung <input type="checkbox"/> (falls zutreffend, bitte hier ankreuzen)		Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> (falls zutreffend, bitte hier ankreuzen)	

Für die Richtigkeit Betreuer/in	Abrechnung		
	Aufwandsentschädigung	EUR	Geprüft und gebucht
	Km-Geld	EUR	
	Summe	EUR Leiterin FeD
	(füllt die Lebenshilfe aus)		