

Leistungsnachweis

FeD der Lebenshilfe Osnabrück e.V.

Borkumweg 1b, 49078 Osnabrück

Tel: 0541 / 430266, Fax: 0541 / 4095340, E-Mail: infoped@lebenshilfe-osnabrueck.de

Monat.....2019

Bitte bis zum 5. des Nachmonats an den FeD senden!

Helfer/in (Name, Wohnort)	Betreute Person, Versicherte/r (Name, Wohnort)
---------------------------	--

Datum	Uhrzeit von	Uhrzeit bis	Stunden gesamt	Kilometer PKW (gesamt)	Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters	
						<p><u>Abtretungserklärung</u></p> <p>Hiermit trete ich die Rechnungsbeträge über die unten gewählte Leistungsart für den unter „Betreute Person“ genannten Versicherungsnehmer an den Familien entlastenden Dienst der Lebenshilfe Osnabrück e.V. ab und bitte um direkte Abrechnung mit der Pflegekasse.</p> <p>.....</p> <p>Unterschrift des Angehörigen</p> <p>(Bitte unterschreiben Sie weiterhin auch jeden einzelnen Termin.)</p>
Gesamtstundenzahl			Entlastungsleistung (§45b SGB XI) (falls zutreffend, bitte hier ankreuzen) <input type="checkbox"/>		Verhinderungspflege (§39 SGB XI) (falls zutreffend, bitte hier ankreuzen) <input type="checkbox"/>	

Für die Richtigkeit

.....
Helfer/in (Unterschrift)

Aufwandsentschädigung EUR

Km-Geld (0,27 €/km) EUR

Summe Abrechnung EUR
 (füllt ein Mitarbeiter des FeD aus)

Geprüft u. Abtretung angenommen

.....
Mitarbeiter FeD