

Leistungsnachweis

FeD der Lebenshilfe Osnabrück e.V.
 Borkumweg 1b, 49078 Osnabrück
 Tel: 0541 / 430266, Fax: 0541 / 4095340, E-Mail: info@lebenshilfe-osnabrueck.de

Monat.....2021
 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