

# Leistungsnachweis

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

Monat.....2023  
 Bitte bis zum 5. des Nachmonats an den FeD  
 senden!

Bitte bei diesem Symbol  unterschreiben!

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

Datum	Uhrzeit von	Uhrzeit bis	Stunden gesamt	Kilometer PKW (gesamt)	Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

<b>Gesamt</b>		
---------------	--	--

  
 .....  
**Unterschrift Helfer\*in**  
 (Für die Richtigkeit)

**Bitte jeweils ankreuzen!**

**1. Abrechnung nach:**

- Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) **oder**  Entlastungsbetrag (§§ 45a ff. SGB XI)

**2. Abtretungserklärung/Private Abrechnung:**

- Abtretungserklärung FED **oder**  Private Abrechnung  
 (Abrechnung direkt mit Pflegekasse)

  
 .....  
**Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters**

Kosten, die nicht von der Pflegekasse und/oder Stadt bzw. Landkreis Osnabrück gedeckt werden, werden von mir nach Rechnungsstellung von der Lebenshilfe Osnabrück als Kostenschuldner gezahlt (15,60 € pro Stunde / 0,30 € pro Kilometer).

<b><u>Wird vom FeD ausgefüllt:</u></b>		
Aufwandsentschädigung	..... EUR	<b>Geprüft u. Abtretung angenommen</b> ..... <b>Mitarbeiter*in FeD</b>
Km-Geld (0,30 €/km)	..... EUR	
Summe Abrechnung	..... EUR	