LEBENSHILFE OSNABRÜCK

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.....2024
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**

Gesamt		

.....
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 (Abrechnung direkt mit Pflegekasse) **oder** ☐ Private Abrechnung

.....
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).

Wird vom FeD ausgefüllt:

Aufwandsentschädigung ..... EUR

Km-Geld (0,30 €/km) ..... EUR

Summe Abrechnung ..... EUR

Geprüft u. Abtretung angenommen

.....
Mitarbeiter*in FeD