

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.....2026

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 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 (16,30 € pro Stunde / 0,30 € pro Kilometer).

Bemerkungen: