

Leistungsnachweis

der Lebenshilfe Rhön-Grabfeld e.V.

Monat: _____ Jahr: _____



Bitte bis zum 5. des Folgemonats zur Abrechnung zurückgeben.

- Familienentlastender Dienst (FED)
- Verhinderungspflege in den Einrichtungen der Lebenshilfe (Vhpfl.)
- Sonstiges
- Selbstzahler

Betreuer/in	Name:	Vorname:	Adresse Einsatzort:	Betreute Person	Name:	Vorname:
	Wohnort:			Geb.-Datum:	Krankenkasse:	

Bankverbindung: **bekannt**

Änderung meiner / unserer neuen Bankverbindung:

IBAN:	
Bank:	
BIC:	

- Abrechnung über Verhinderungspflege**
- Abrechnung über Betreuungsleistungen**
- Gruppenbetreuung**
- Einzelbetreuung**

Datum	von	bis	Std.	Euro 8,50 €	Unterschrift des Angehörigen	KFZ- Kennzeichen genutztes Auto	km (hin u. zurück)	zusätzl. gefahrne km	- 10 km lt. Krankenk.	Kosten km (á 0,30 €)	Bemerkungen
									-10 km		
									-10 km		
									-10 km		
									-10 km		
									-10 km		

Gesamt _____ €

Überweisung gesamt _____ €

Richtigkeit der Angaben wird bestätigt: _____
Unterschrift Betreueri/-in

geprüft: _____
Unterschrift Mitarbeiter OBA

_____ Kostenstelle