

Leistungsnachweis

der Lebenshilfe Rhön-Grabfeld e.V.

Monat: _____ 2016

**Bitte bis zum 5. des Folgemonats
zur Abrechnung zurückgeben.**

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

BetreuerIn (Name, Vorname, Wohnort)				Adresse Einsatzort:				Betreute Person (Name Vorname)		
								Geb.-Datum:		
Bankverbindung:								Krankenkasse:		
IBAN:								<input type="checkbox"/> Abrechnung über Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Abrechnung über Betreuungsleistungen <input type="checkbox"/> Gruppenbetreuung <input type="checkbox"/> Einzelbetreuung		
Bank:										
BIC:										
Datum:		Betreuung:								
	von	bis	Std.	Euro (à 7,00)	Unterschrift des Angehörigen	KFZ- Kennzeichen genutztes Auto	km (hin u. zurück)	zusätzl. gefahrte km	Kosten km (à 0,30 €)	Bemerkungen
Gesamt										
								Überweisung gesamt		

BetreuerIn

BereichsleiterIn

Weitergabe an Buchhaltung: _____