

Einsatzstundennachweis

Familien entlastender Dienst (FeD)

Bitte am Monatsanfang des Folgemonats abgeben!

Betreute Person



Betreuer/in

Datum	Uhrzeit von - bis	Stunden	Kilometer	Sachkosten	Leistung (zutreffendes bitte ankreuzen)		Unterschrift Auftraggeber
					<input type="checkbox"/>	Entlastungsbetrag § 45 b SGB XI	
					<input type="checkbox"/>	Verhinderungspflege § 39 SGB XI	
					<input type="checkbox"/>	Selbstzahler/Eingliederungshilfe	
					<input type="checkbox"/>	Entlastungsbetrag § 45 b SGB XI	
					<input type="checkbox"/>	Verhinderungspflege § 39 SGB XI	
					<input type="checkbox"/>	Selbstzahler/Eingliederungshilfe	
					<input type="checkbox"/>	Entlastungsbetrag § 45 b SGB XI	
					<input type="checkbox"/>	Verhinderungspflege § 39 SGB XI	
					<input type="checkbox"/>	Selbstzahler/Eingliederungshilfe	
					<input type="checkbox"/>	Entlastungsbetrag § 45 b SGB XI	
					<input type="checkbox"/>	Verhinderungspflege § 39 SGB XI	
					<input type="checkbox"/>	Selbstzahler/Eingliederungshilfe	
					<input type="checkbox"/>	Entlastungsbetrag § 45 b SGB XI	
					<input type="checkbox"/>	Verhinderungspflege § 39 SGB XI	
					<input type="checkbox"/>	Selbstzahler/Eingliederungshilfe	
					<input type="checkbox"/>	Entlastungsbetrag § 45 b SGB XI	
					<input type="checkbox"/>	Verhinderungspflege § 39 SGB XI	
					<input type="checkbox"/>	Selbstzahler/Eingliederungshilfe	
Gesamtsumme:							

Daten richtig erfasst:

Unterschrift Betreuer/in

Geprüft und zur Abrechnung freigegeben:

Unterschrift Mitarbeiter/in Offene Hilfen

Offene Hilfen der Lebenshilfe
 Grünstadt-Eisenberg GmbH (gemeinnützig)
 Postanschrift: Asselheimer Str. 7
 67269 Grünstadt
 Telefon: 0 63 59 / 2 09 84 45
 Telefax: 0 63 59 / 66 75