

Einsatzbestätigung



Familientlastender/
Ambulanter Dienst

Lebenshilfe
im Landkreis Miltenberg e.V.
Marienstraße 21, 63820 Eisenfeld
Telefon: 06022/26402-16
Fax: 06022/26402-24

Monat:

Betreuer/ Betreute

Familie:

Ort:

Vorname:

Straße:

MitarbeiterIn:

Name:

Ort:

Vorname:

Straße:

Ich bestätige die Ausführung nachfolgender Leistung/en (inkl. Fahrtkosten). Die Abrechnungssätze sind mir bekannt. Abtretungserklärung: Bei Abrechnung der Leistungen nach §39 (inkl. anteilig übertragen aus §42) oder §45b SGB XI über die gesetzlichen Pflegekassen, bitte ich um Direktabrechnung mit dem Leistungserbringer. Mit dem Betreuten zusätzlich gefahrene Kilometer werden als **Privatrechnung** dem Klienten in Rechnung gestellt.

	<u>Datum</u>	<u>Tag</u>	<u>Uhrzeit</u> von - bis	<u>Stunden</u> (aufger. auf 1/4 Std.)	<u>An- u. Rückfahrt</u> mit dem Privat- PKW, max. 40 km	<u>Fahrten</u> mit dem Betreuten mit Privat-PKW	<u>An- u. Rückfahrt</u> mit dem Lebens- hilfe-PKW , max. 40 km	<u>Fahrten</u> mit dem Betreuten mit Lebens- hilfe-PKW	<u>Unterschrift</u> (Betreuer bzw. Vertreter)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Summen:									

Fahrtkosten:

1. Gesamt km An- und Rückfahrt = km x 0,30 € =€
2. Gesamt km mit dem Betreuten = km x 0,30 € =€

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben:

.....
Datum Unterschrift HelferIn

Bitte geben Sie die Einsatzbestätigungen jeden Monat spätestens bis zum 7. des Folgemonats ab!!!