

Einsatzbestätigung

Familienentlastender/

Ambulanter Dienst

Lebenshilfe

im Landkreis Miltenberg e.V.

Marienstraße 21, 63820 Elsenfeld

Telefon: 06022/26402-14

Email: offene-hilfen@lebenshilfe-miltenberg.de



Monat:

Betreuer/ Betreute:

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.

	<u>Datum</u>	<u>Tag</u>	<u>Uhrzeit</u> von - bis	<u>Stunden</u> (aufger. auf 1/4 Std.)	<u>Kilometer</u> mit dem Privat-PKW	<u>Kilometer</u> mit dem Lebenshilfe- PKW	<u>Unterschrift</u> (Betreuer bzw. gesetzl. Vertreter)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
<u>Summen:</u>							

Fahrtkosten:

Gesamt gefahrene Kilometer = _____ km x 0,30 € = _____ €

Gez. Lebenshilfe Miltenberg e.V.

MitarbeiterIn:

Name:

Ort:

Vorname:

Straße:

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift HelferIn

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



Dokumentation

Familientlastender / Ambulanter Dienst
Lebenshilfe Miltenberg e.V.

Marienstraße 21, 63820 Elsenfeld
Telefon: 06022-2640214
E-Mail: offene-hilfen@lebenshilfe-miltenberg.de

Monat:

Name Betreuter/Betreute:

	Datum:	Was wurde in der Betreuung gemacht?	Was hat gut geklappt?	Was ist nicht so gut gelaufen?
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Unterschrift HelferIn: _____