Leistungsnachweis

der Lebenshilfe Rhön-Grabfeld e.V.

Monat: _____ Jahr:_____

Bitte bis zum 5. des Folgemonats zur Abrechnung zurückgeben.

Offene Behinderten Arbeit
Eine Einrichtung der Lebenshilfe Rhön-Grabfeld

Stand Januar 2023

☐ 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:**		

Bankverbindung: ☐ **bekannt**

Änderung meiner /unserer neuen Bankverbindung:

IBAN:	
Bank:	
BIC:	

☐ **Abrechnung über Verhinderungspflege §39**
☐ **Abrechnung über Entlastungsleistungen §45**
☐ **Gruppenbetreuung**
☐ **Einzelbetreuung**

Datum	**von**	**bis**	**Std.**	**Euro 10,00 €**	**Unterschrift des Angehörigen**	**KFZ-Kennzeichen genutztes Auto**	**km (hin u. zurück)**	**zusätzl. gefahrene km**	**Kosten km (á 0,30 €)**	**Bemerkungen**
Gesamt				€						
							Überweisung gesamt			**€**

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

geprüft: _____
Unterschrift Mitarbeiter OBA

_____
Kostenstelle