

Stundennachweis Familien-Unterstützung

Monat: Jahr: **2024**

Mitarbeiter*in <small>Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.</small>	Nachname	
	Vorname	
Betreute Person <small>Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.</small>	Nachname	
	Vorname	
	Anschrift	

Gruppenbetreuung/Geschwisterkindbetreuung (G) mit:

Fahrtkosten-Erstattung gewünscht: 5 € - Pauschale pro Einsatz

Wird ab einer Distanz von 1 Kilometer gewährt - sowie ab einer Mindesteinsatzzeit von 2 Stunden pro Einsatz

PKW - nur in Ausnahmefällen und nur nach vorheriger Genehmigung der Offenen Hilfen!

Hin- und Rückfahrt pro Einsatz: _____ km Genehmigung von: _____

Einsatzdatum	Uhrzeit von bis	Stunden	Unterschrift Angehörige*r Nutzer*in	Bemerkung KT/NB/G
SUMME			Unterschrift Mitarbeiter*in	

Nur vollständig ausgefüllte und fristgerecht (**bis zum 3. Werktag des Folgemonats**) eingereichte Nachweise werden abgerechnet und ausbezahlt.

Die jährliche Aufwandsentschädigungspauschale von **3.000 €** darf nicht überschritten werden!

Der untere Abschnitt wird von der Lebenshilfe ausgefüllt!

Abrechnung Mitarbeiter*in				Kennenlerntermin
	Anzahl	Lohn/Std	=Vergütung	<input type="checkbox"/> keine Abrechnung mit der Pflegekasse <input type="checkbox"/> ____ Stunden mit der Pflegekasse abrechnen
Einzel		12 €		
2 Betreute		14 €		
3 Betreute		16 €		
Fahrtkosten-Erstattung	Anzahl	x Betrag	= Betrag	Spalte Bemerkung - Legende: KT = Kennenlerntermin NB = Nachtbereitschaft G = Gruppen-/Geschwisterkinderbetreuung
Pauschale		5 €		
Kilometer		0,30 €		