

# Stundennachweis für FeD

Monat: ..... Jahr: **2020**

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

**PKW - nur in Ausnahmefällen und nur nach vorheriger Genehmigung der OBA!**  
Hin- und Rückfahrt pro Einsatz: \_\_\_\_\_ km Genehmigung von: \_\_\_\_\_

Einsatzdatum	Uhrzeit von bis	Std.	Unterschrift der Eltern	Bemerkung KT / NB / G
<b>SUMME</b>			Unterschrift Mitarbeiter*in	

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

Die jährliche Aufwandsentschädigungspauschale von **2.400 €** 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		11 €		
2 Betreute		13 €		
3 Betreute		15 €		
<b>Fahrtkosten-Erstattung</b>	<b>Anzahl</b>	<b>x Betrag</b>	<b>= Betrag</b>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Spalte Bemerkung - Legende:</b>            KT = Kennenlerntermin            NB = Nachtbereitschaft            G = Gruppen-/Geschwisterkinderbetreuung         </div>
Pauschale		5 €		
Kilometer		0,30 €		

# Stundennachweis für FeD

 Monat: August Jahr: **2020**

<b>Mitarbeiter*in</b> <small>Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.</small>	Nachname	<u>Mustermann</u>
	Vorname	<u>Max</u>
	Anschrift	<u>Musterstr. 10, 90XXX Nürnberg</u>
<b>Betreute Person</b> <small>Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.</small>	Nachname	<u>Musterfrau</u>
	Vorname	<u>Claudia und Tom</u>
	Anschrift	<u>Musterstr. 15, 90XXX Nürnberg</u>

 **Gruppenbetreuung/Geschwisterkindbetreuung (G) mit:**
 **Fahrtkosten-Erstattung gewünscht: 5 € - Pauschale pro Einsatz**  
 Wird ab einer Distanz von 1 Kilometer gewährt

 **PKW - nur in Ausnahmefällen und nur nach vorheriger Genehmigung der OBA!**  
 Hin- und Rückfahrt pro Einsatz: \_\_\_\_\_ km Genehmigung von: \_\_\_\_\_

Einsatzdatum	Uhrzeit		Std.	Unterschrift der Eltern	Bemerkung KT / NB / G
	von	bis			
<u>05.08.2020</u>	<u>14:00</u>	<u>15:00</u>	<u>1</u>	<u>Claudia Musterfrau</u>	<u>KT</u>
<u>12.08.2020</u>	<u>16:15</u>	<u>18:30</u>	<u>2,25</u>	<u>Claudia Musterfrau</u>	<u>G mit Tom</u>
<u>19.08.2020</u>	<u>17:45</u>	<u>20:30</u>	<u>2,75</u>	<u>Claudia Musterfrau</u>	
<u>21.08.2020</u>	<u>18:00</u>	<u>22:00</u>	<u>4</u>	<u>Claudia Musterfrau</u>	<u>G mit Tom</u>
			<u>10</u>	<u>Max Mustermann</u>	
			<b>SUMME</b>	<small>Unterschrift Mitarbeiter*in</small>	

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

 Die jährliche Aufwandsentschädigungspauschale von **2.400 €** 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		11 €		
2 Betreute		13 €		
3 Betreute		15 €		
<b>Fahrtkosten-Erstattung</b>	Anzahl	x Betrag	= Betrag	<b>Spalte Bemerkung - Legende:</b> KT = Kennenlerntermin NB = Nachtbereitschaft G = Gruppen-/Geschwisterkinderbetreuung
Pauschale		5 €		
Kilometer		0,30 €		