



✉ per Mail an **Offene-Hilfen@lhnbg.de**

Stundennachweis Familien-Unterstützung

Monat: Jahr: **2026**

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

- Gruppenbetreuung/Geschwisterkinderbetreuung (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		Stunden	Unterschrift Angehörige*r Nutzer*in	Bemerkung KT/NB/G
	von	bis			
SUMME				Unterschrift Mitarbeiter*in	

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

Aufwandsentschädigungspauschale:
Eine Auszahlung erfolgt bis maximal des 3.300-Euro-Kontingents.

Spalte Bemerkung - Legende: KT = Kennenlerntermin
 NB = Nachtbereitschaft
 G = Gruppenbetreuung oder Geschwisterkinderbetreuung

Uhrzeit: Die Abrechnung erfolgt im Viertel-Stunden-Takt – also 15-30-45 Minuten und volle Stunde

Kennenlerntermin (KT) wird von der Lebenshilfe ausgefüllt
 keine Abrechnung mit der Pflegekasse
 ____ Stunden mit der Pflegekasse abrechnen