Leistungsnachweis FUD

Angaben Klient	Angaben Betreuer
Versicherungsnummer:_____	
Krankenkasse:	**Vor- und Zuname:**
Vor- und Zuname:	
Straße:	Straße:
PLZ: Ort:	PLZ: Ort:

( ) zusätzliche Betreuungsleistungen **( ) Verhinderungspflege** **( ) Eingliederungshilfe**

( ) Pflegeassistenz **(…) Privatrechnung** **( ) Hilfen zur Erziehung**

Einsatzmonat:_____

Dienstzeit				Art	Name Unterschrift	Gesamtstunden
Datum	**Tag**	**von Uhr**	**bis Uhr**	**E/G** vom Betreuer auszufüllen	vom Betreuer auszufüllen	vom Träger auszufüllen
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						
					Gesamtstunden/ Tage nur vom Träger auszufüllen	

Bitte beachten Sie Ihr Maximalbudget der Entlastungsleistung nach § 45b SGB XI von 125 € pro Monat und/ oder Ihr Budget der Verhinderungspflege von 1.612 € bzw. 2418 € pro Jahr.
Der Leistungsnachweis ist bis zum 3. Arbeitstag des Folgemonats zur Abrechnung in der Geschäftsstelle wieder einzureichen!

…… ……
Ort, Datum Unterschrift Leistungsnehmer/Familie

Lebenshilfe Lüdenscheid e.V. **Familienunterstützender Dienst (FuD)** Am Grünewald 2 A 58507 Lüdenscheid
Tel.: 0 23 51 / 66 80-135 E-Mail: sven.sieburg@lebenshilfe-luedenscheid.de