



**HELFER**

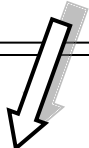
Name .....  
Vorname .....  
Straße .....  
Ort .....  
Bank .....  
BLZ ..... KtoNr .....

**EINSATZSTELLE**

Name .....  
Vorname .....  
Straße .....  
Ort .....

Die **Ausführung** der Leistungen wird **bestätigt**. Bei Abrechnung von Leistungen nach § 39 oder § 45b SGB XI über gesetzliche Pflegekassen willig ich ein, dass die hier dokumentierten Leistungen direkt mit dem Leistungserbringer abgerechnet werden („**Abtretungserklärung**“). Zudem bestätige ich, dass ich/mein Angehöriger zu den angegebenen Zeiten weder im Krankenhaus noch in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung war. Mir ist bekannt, dass die „**zusätzlich gefahrenen Kilometer**“ als **Privatrechnung** in Rechnung gestellt werden mit 53 ct / km (keine Kassenleistung!).

Datum	Uhrzeit von bis	Stunden (aufger. auf ¼ Std)	Zusätzlich gef. Km (Nicht Anfahrt!)	P / L Privat Pkw Lebensh. Pkw	HW / B Hausw. / Betreuung	Unterschrift
						Einsatzbestätigung (Betreuer bzw. Vertreter)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						



Summen:

sachlich richtig:	.....
rechnerisch richtig	.....

**Fahrtkosten:**

- 1. .... Einsätze x ..... km = ..... km x 0,20 € = ..... €
- 2. zusätzlich gefahrene km = ..... km x 0,35 € = ..... €

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben: .....  
Datum ..... Unterschrift (Helfer) .....

**Einsatzbestätigungen spätestens bis zum 3. des Folgemonats bei der Lebenshilfe Aschaffenburg e.V., Bayreuther Str. 9, 63743 Aschaffenburg abgeben!!**