

Leistungsnachweis für den Kostenträger (Formular I)

Monat _____ **20** _____

Bitte bis zum 10. des Folgemonats an den FuD senden

Familienunterstützender Dienst (FuD)
 Verein GEMEINSAM LEBEN – GEMEINSAM LERNEN, Liedeweg 65,36093 Künzell

| | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---|
| Betreuungsperson (Name) | KlientIn (Name, Wohnort) | Kostenträger (z.B. Pflegekasse.) |
|--------------------------------|---------------------------------|---|

| Datum | Betreuung | | | Unterschrift KlientIn /Pflegeperson | Grund der Inanspruchnahme (z.B. private Termine/ Arztbesuch/Krankheit/ o.ä.) | Anfahrts- pauschale 6,00 € |
|--------|-----------|-----|---|---|--|--------------------------------------|
| | von | bis | h | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| gesamt | | : | | | | |

Für die Richtigkeit

Abtretungserklärung (entfällt bei Privatversicherten bzw. Selbstzahlern)
 Der/die KlientIn bzw. Pflegeperson, gesetzl. Vertreter des/der Betreuten erklärt sich einverstanden, den auf der Rechnung ausgewiesenen Betrag direkt an den FuD ausuzahlen.

.....
Betreuer/in

.....
Unterschrift des KlientIn , Pflegeperson bzw. gesetzl. Vertreter