

Stundennachweis für FeD

 Monat: Jahr: **2023**

Mitarbeiter*in <small>Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.</small>	Nachname	
	Vorname	
Betreute Person <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 - sowie ab einer Mindesteinsatzzeit von 2 Stunden pro Einsatz

 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/FZA
SUMME			Unterschrift Mitarbeiter*in	

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

 Die jährliche Aufwandsentschädigungspauschale von **3.000 €** 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 €		
Fahrtkosten-Erstattung	Anzahl	x Betrag	= Betrag	Spalte Bemerkung - Legende: KT = Kennenlerntermin NB = Nachtbereitschaft G = Gruppen-/Geschwisterkinderbetreuung FZA = Freizeit-Assistenz
Pauschale		5 €		
Kilometer		0,30 €		