

Leistungsnachweis für den Kostenträger (Formular I)

Monat _____ **20** _____
 Bitte bis zum 10. des Nachmonats an den FuD senden

Familienunterstützender Dienst (FuD)
 Verein GEMEINSAM LEBEN – GEMEINSAM LERNEN, Haus Arche Noah, Am Hädenberg 8, 36137 Großenlütder

Betreuungsperson (Name)	KlientIn (Name, Wohnort)	Kostenträger (z.B. AOK/DAK/PKV o.a.) - Pflegekasse -
--------------------------------	---------------------------------	--

Datum	Betreuung			Unterschrift KlientIn /Pflegeperson	Grund der Inanspruchnahme (z.B. private Termine/ Arztbesuch/Krankheit/ o.ä.)	Anzahl gef. km bzw. Fahrpreis ö. Vm.	Evtl. Pflegemaßnahmen					
	von	bis	h				K	WT	E	M	aPfl	
gesamt h		:			gesamt km/€							

Für die Richtigkeit

Abtretungserklärung (entfällt bei privat Versicherten bzw. Selbstzahlern)
 Der/die Klient/in bzw. Pflegeperson des/der Betreuten erklärt sich einverstanden, den auf der Rechnung ausgewiesenen Betrag direkt an den FuD auszuzahlen.

.....
Betreuer/in

.....
Unterschrift der Familie bzw. Pflegeperson