

**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

<b>Betreuungsperson</b> (Name)	<b>KlientIn</b> (Name, Wohnort)	<b>Kostenträger</b> (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**