| Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. Kreisvereinigung Mettmann | **Leistungsaufstellung Familienunterstützender Dienst** | Revision 07<br>Seite 1 von 1 |
|---|---|---|

Übungsleiter/in _____ Betreute/r _____ Monat/Jahr _____

Ort _____

**Art der Abrechnung (Anzukreuzen vom Auftraggeber)**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Eingliederungs-hilfe | ☐ Verhinderungs-pflege | ☐ Privat - mit Rechnungsvermerk "Zusätzliche Betreuungsleistungen" | ☐ Pflegesach-leistungen | ☐ Selbstzahler |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Art der Maßnahme | ☐ Einzelbetreuung | ☐ Gruppenbetreuung | | | | |
| ☐ Betreuung im häuslichen Umfeld | ☐ Kindergruppe | ☐ Freitagsgruppe | ☐ Jugendgruppe | ☐ Ferienmaßnahme | ☐ Freizeitgruppe | |

| Datum | Uhrzeit von | Uhrzeit bis | Dauer in Stunden* | **NUR Abrechnung über EINGLIEDERUNGSHILFE AKTIVITÄTEN:** |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | **Gesamt-stunden:** | | |

_____ _____

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter, Eltern rechtlicher Vertreter

* Bitte in 15 Minuten Schritten / in Dezimal abrechnen

| Minuten | 15 | 30 | 45 | 60 |
|---|---|---|---|---|
| Dezimal | 0,25 | 0,5 | 0,75 | 1 |

**Abgabefrist der Abrechnung bis zum 5. des Folgemonats**

Formular drucken