



## Abrechnung Leistungshelfer

Abgabe bis spätestens  
zum 7. des Folgemonats

Leistungshelfer \_\_\_\_\_

Leistungsnehmer (Nachname, Vorname) \_\_\_\_\_

Monat \_\_\_\_\_

Jahr \_\_\_\_\_

Ort, Straße (Leistungsnehmer) \_\_\_\_\_

Datum	Uhrzeit von-bis	Dauer Stunden	Art der Tätigkeit	gefahrte Kilometer	Ge- bühren	Unterschrift Leistungsnehmer

Summen




## Abrechnung (Abgabe bis spätestens zum 7. des Folgemonats)

Leistungsnehmer				Leistungshelfer				Pflegestufe ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
11,00 €	x	Std.	€	9,00 €	x	Std.	€	Krankenkasse _____	
0,35 €	x	km	€	0,35 €	x	km	€		
Gebühren			€	Gebühren			€		
<b>Gesamt</b>			<b>€</b>	<b>Gesamt</b>			<b>€</b>		