

**Leistungsnachweis für den Monat \_\_\_\_\_**

über ein Angebot zur Unterstützung im Alltag (§ 45 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI)

**Wichtig! Bitte bis zum 10. Tag im Folgemonat senden an: Generationenbund BGL, Obere Feldstraße 6, 83395 Freilassing**



Hilfe-Leistender: Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Hilfe-Empfänger: Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Vers.Nr. \_\_\_\_\_

Datum	Stunden/ Minuten <sup>1</sup>	km/Pkw	Tätigkeit	Unterschrift Hilfe-Empfänger	Handzeichen Hilfe-Leistender
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

<b>Gesamt</b>	h	Km
<b>Entgelt/km-Pauschale 0,25 €</b>	€	€

1) Kleinste Zeiteinheit ist der 5-Minuten-Takt (z.B. 1 Std. 25 Min.)

**Ich bitte um Direktabrechnung mit meiner Pflegekasse und trete insoweit meine Ansprüche gegen dieser aus dem zustehenden Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI ab; die Höhe des berechneten Entgelts ist mir bekannt:**

.....  
Datum                      Unterschrift Hilfeempfänger