

Familienunterstützender Dienst der Lebenshilfe Münster e.V.
IK-Nr.: 50 05 5060 9

Windthorststraße 7, 48143 Münster

Telefon: 0251 53906-0 **Fax:** 53906-20

Mail: einsatznachweisfud@lebenshilfe-muenster.de

Einsatznachweis FUD

- gemeinsamer Jahresbetrag / Verhinderungspflege+Kurzzeitpflege (§42a SGB XI)
 Entlastungsbetrag (§45b SGB XI)
 Selbstzahler

Monat: _____ Betreuer*in: _____

Jahr: _____ Nutzer*in: _____

Datum	Uhrzeit von: bis:	Stunden	Unterschrift Nutzer*in/ gesetzl. Vertreter*in

Bitte streichen Sie nach dem letzten Eintrag für den laufenden Monat alle weiteren nicht ausgefüllten Zeilen durch!

Abtretungserklärung für die FUD Nutzung

Ich bitte um Abrechnung nach:

- §42a SGB XI (gemeinsamer Jahresbetrag) direkt mit der Pflegekasse
 §45b SGB XI (Entlastungsbetrag) direkt mit der Pflegekasse

 (Unterschrift Nutzer*in / gesetzl. Betreuung)

-wird von der Lebenshilfe ausgefüllt-					
Gesamtstunden:		Auszahlungsbetrag:		Kostenstelle	Konto
				24100 FUD	41201

Mir ist bekannt, dass es sich bei dem mir gezahlten Entgelt um eine steuerfreie Aufwandsentschädigung nach §3 Nr.26 EStG handelt. Ich bestätige hiermit, dass der steuerfreie Höchstbetrag von 3300,- € in diesem Kalenderjahr bis zum Auszahlungstag auch unter Einbeziehung nebenberuflicher Tätigkeiten, für die Aufwand-entschädigung im vorgenannten Sinne gezahlt wurde, nicht überschritten wird.

Datum

 Unterschrift Betreuer*in