Familienunterstützender Dienst der Lebenshilfe Münster e.V.
IK-Nr.: 50 05 5060 9
Windthorststraße 7, 48143 Münster
Telefon: 0251 53906-33 Fax: 53906-20 Mail: isabel.wegmann@lebenshilfe-muenster.de

Einsatzbestätigung

☐ Verhinderungspflege (§39 SGB XI) ☐ Entlastungsbetrag (§§ 45 a ff. SGB XI)
☐ Selbstzahler ☐ Sonstiges

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:
☐ § 39 SGB XI (Verhinderungspflege) direkt mit der Pflegekasse
☐ §§ 45a ff. SGB XI (Entlastungsbetrag) direkt mit der Pflegekasse
☐ 3 36 SGB XI (zusätzliche Sachleistung) direkt mit der Pflegekasse

_____
(Unterschrift Nutzer*in / gesetzl. Betreuer*in)

-wird von der Lebenshilfe ausgefüllt-					
Gesamtstundenzahl:		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 3000,- € in diesem Kalenderjahr bis zum Auszahlungstag auch unter Einbeziehung nebenberuflicher Tätigkeiten, für die Aufwandentschädigung im vorgenannten Sinne gezahlt wurde, nicht überschritten wird.

_____
Datum Unterschrift Betreuer*in