



Leistungsnachweis für Monat / Jahr:

Bitte bis zum 10. des Folgemonats einreichen!

Hilfeleistender Nachname: _____ Vorname: _____ Ausbildung: ☐ ja ☐ nein

Hilfeempfänger Nachname: _____ Vorname: _____ Anschrift: _____

Pflegegrad: ☐ ja ☐ nein (Wird vom Büro ergänzt)

				Art der Leistung										Bemerkung	Unterschrift Hilfeempfänger
Datum	km	Zielort bei Begleitfahrten	Uhrzeit von - bis	Gesellschaft leisten	Demenz / Entlastung Angeh.	Begleitung außer Haus	Hilfe im Haus / Garten	Hilfe bei Büroarbeit	Raumpflege / Putzen	Geschäftsstelle intern	Wunschgroßeltern	Einkaufsdienst	Sonstiges		