

Senioren-gemeinschaft Berchtesgadener Land - Süd e.V.

Insulaweg 1, Bischofswiesen - info@seniorengemeinschaft-bgl.de Fax: 08652 / 977 68 16

Jahr:

Monat:

Name des Hilfeleistenden:

Nachname: Vorname:

**Bis zum 10. des Folgemonats
einreichen - danke!**



2

Hilfeleistungen zur Abrechnung mit den Pflegekassen ab Pflegegrad 1

Nachname des HS: Vorname: Anschrift:

Datum: Uhrzeit: von bis Uhr / Stunden: Std. / Minuten: Min.

Hilfe in der Häuslichkeit. Was wurde getan? - Bei Reinigungstätigkeiten bitte **separaten** Leistungsnachweis (**Formular 3 / grünes Blatt**) verwenden! HWV Demenz

Persönliche Zuwendung. Was wurde unternommen?:

Hilfe außerhalb der Häuslichkeit:

Begleitdienst / Zielort: Kilometer-Aufwand: km.

Unterschrift des Hilfesuchenden:

Nachname des HS: Vorname: Anschrift:

Datum: Uhrzeit: von bis Uhr / Stunden: Std. / Minuten: Min.

Hilfe in der Häuslichkeit. Was wurde getan? - Bei Reinigungstätigkeiten bitte **separaten** Leistungsnachweis (**Formular 3 / grünes Blatt**) verwenden! HWV Demenz

Persönliche Zuwendung. Was wurde unternommen?:

Hilfe außerhalb der Häuslichkeit:

Begleitdienst / Zielort: Kilometer-Aufwand: km.

Unterschrift des Hilfesuchenden:

Meine Aufwandsentschädigung: auszahlen ansparen auf das Treuhandkonto

gilt als Spende für den Verein (zweckgebunden für den Unterstützungstopf)

Stand: 06 / 2021