Familienunterstützender Dienst der Lebenshilfe Münster e.V. IK-Nr.: 500551143
Windthorststraße 7, 48143 Münster
Telefon 53 906-33 / FAX 53 906-20 / Mail: isabel.wegmann@lebenshilfe-muenster.de

Einsatzbestätigung

☐ **Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)**

☐ **Entlastungsbetrag (§ 45 b SGB XI) / (ehemals Zusätzliche Betreuungsleistungen)**

☐ **Selbstzahler**

☐ **Sonstiges**

Monat: **Betreuer:**

Jahr: **Nutzer:**

Datum	**Uhrzeit** von: bis:	**Stunden**	**Unterschrift Nutzer/ gesetzlicher Vertreter**

Abtretungserklärung für die FUD Nutzung:

Ich bitte um Abrechnung nach:

☐ **§ 39 SGB XI (Verhinderungspflege) direkt mit der Pflegekasse**

☐ **§ 45a SGB XI (Entlastungsbetrag) ehem. Zusätzl. Betreuungsleistungen**

☐ **§ 36 SGB XI (zusätzliche Sachleistung) direkt mit der Pflegekasse**

(Unterschrifft Nutzer / gesetzlicher Betreuer)

	-wird von der Lebenshilfe ausgefüllt-			
Gesamtstundenzahl:	**Auszahlungsbetrag:** **Euro**	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 2400,- € in diesem Kalenderjahr bis zum Auszahlungstag auch unter Einbeziehung nebenberuflicher Tätigkeiten, für die Aufwandentschädigung im vorgenannten Sinne gezahlt werden, nicht überschritten wird.

Datum **Unterschrift BetreuerIn**