




Trärgemeinschaft  
Offene Behindertenarbeit  
im Landkreis Forchheim e.V.

## Familientlastender Dienst (FeD)

Abrechnung stundenweise beschäftigte  
Mitarbeiter/innen der  Forchheim

Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Name, Adresse des/ der FeD- Mitarbeiters/ Mitarbeiterin: \_\_\_\_\_

Name, Adresse des zu Betreuenden: \_\_\_\_\_

Nr.	Datum des Einsatzes	Uhrzeit - von/bis (viertelstündlich)	Stunden	Anfahrt km hin/zurück	Begleitung/ Ausflug km	km insgesamt	OBA-Mobil/ Privat PKW	Unterschrift Familie
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
	Gesamtsumme		*	*	*	*		

Unterschrift d. Mitarbeiters/in für die Richtigkeit der Angaben \_\_\_\_\_

**WICHTIG: Abrechnung bis zum 4. des Folgemonats im -Büro abgeben!**