



Trägergemeinschaft
Offene Behindertentherapie
im Landkreis Forchheim e.V.

Familienlastender Dienst (FeD)
Abrechnung stundenweise beschäftigte
Mitarbeiter/innen der  BBA 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	Freiwilliger Einsatz	Unterschrift Familie
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
	Gesamt- summe		*	*	*	*			

Unterschrift d. Mitarbeiters/in für die Richtigkeit der Angaben _____

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