

Teilhabennachweis

Familientlastender Dienst

Hailerer Str. 24 63571 Gelnhausen
 Tel.: 06051 92181065 Fax: 06051 92189066 E-Mail: fed@bwmk.org



Begleitete Person: _____

Assistent/-in: _____

| Datum <i>Für 1 Monat!</i> | Zeit von-bis | Std. | Teilhabebereiche <i>Bitte alle während der Begleitung jeweils durchgeführten Bereiche ankreuzen, mehrere möglich (Erläuterung s. unten)</i> | FED Gruppe | Dienst- km* | Gesetzl. Betreuer/ Personensorgeberechtigter | | | | |
|------------------------------|-----------------|------|--|---------------|----------------|--|-----|---------|-------|--|
| | | | | | | Bitte jeweils ankreuzen** Abrechnen über das Budget | | | | Bitte nach jeder Begleitung unterschreiben. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben! |
| | | | | | | EB | VHP | EG H | Priv. | |
| | | | 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |

* Gefahrene Kilometer während der Begleitung im Auftrag der Familie

** Kostenträger: **EB**= Entlastungsbetrag **VHP** = Verhinderungspflege **EGH** = Eingliederungshilfe **Priv.** = privat

Teilhabebereiche:

- 1 Kultur:** Museum, Konzert, Café, Kino, Zoo etc.
- 2 Sport:** Schwimmbad, Verein, Fitnessstudio etc.
- 3 Soziales Netz:** Kontakt- u. Freundschaftspflege etc.
- 4 öffentlicher Raum:** Spaziergang, Park, Spielplatz etc.
- 5 Freizeitgestaltung zuhause:** Essen, Spiele, Vorlesen etc.
- 6 Alltagsunterstützung:** Haushalt, Therapiebesuch, Einkäufe, Erledigungen etc.

| | | | | |
|-------------------------|-------------|------------|-------------------|---------|
| K-04-381-DV-TH-Nachweis | GBL KiJuFam | Version: 1 | Datum: 31.08.2018 | 1 von 1 |
|-------------------------|-------------|------------|-------------------|---------|

Teilhabennachweis

Familientlastender Dienst

Hailerer Str. 24 63571 Gelnhausen
 Tel.: 06051 92181065 Fax: 06051 92189066 E-Mail: fed@bwmk.org



Begleitete Person: _____

Assistent/-in: _____

| Datum <i>Für 1 Monat!</i> | Zeit von-bis | Std. | Teilhabebereiche <i>Bitte alle während der Begleitung jeweils durchgeführten Bereiche ankreuzen, mehrere möglich (Erläuterung s. unten)</i> | FED Gruppe | Dienst- km* | Gesetzl. Betreuer/ Personensorgeberechtigter | | | | |
|------------------------------|-----------------|------|--|---------------|----------------|--|-----|---------|-------|--|
| | | | | | | Bitte jeweils ankreuzen** Abrechnen über das Budget | | | | Bitte nach jeder Begleitung unterschreiben. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben! |
| | | | | | | EB | VHP | EG H | Priv. | |
| | | | 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | | | | | | | |

* Gefahrene Kilometer während der Begleitung im Auftrag der Familie

** Kostenträger: **EB**= Entlastungsbetrag **VHP** = Verhinderungspflege **EGH** = Eingliederungshilfe **Priv.** = privat

Teilhabebereiche:

- 1 Kultur:** Museum, Konzert, Café, Kino, Zoo etc.
- 2 Sport:** Schwimmbad, Verein, Fitnessstudio etc.
- 3 Soziales Netz:** Kontakt- u. Freundschaftspflege etc.
- 4 öffentlicher Raum:** Spaziergang, Park, Spielplatz etc.
- 5 Freizeitgestaltung zuhause:** Essen, Spiele, Vorlesen etc.
- 6 Alltagsunterstützung:** Haushalt, Therapiebesuch, Einkäufe, Erledigungen etc.

| | | | | |
|-------------------------|-------------|------------|-------------------|---------|
| K-04-381-DV-TH-Nachweis | GBL KiJuFam | Version: 1 | Datum: 31.08.2018 | 1 von 1 |
|-------------------------|-------------|------------|-------------------|---------|