Leistungsnachweis

zum Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI

Lichtblick
Verein für körper- und mehrfachbehinderte Menschen

Zu betreuende Person / Auftraggeber Name / Vorname	Betreuung durch Name / Vorname	Betreuung				Unterschrift Familie	Unterschrift Leistungskraft
		AM	VON	BIS	Stunden		