

Gesamtbetrag						
Erstattungsbetrag der Krankenkasse						
Abrechnungsbetrag						

Unterschrift d. Trägers:	Unterschrift gesetzliche(r) Vertreterin / Vertreter der/des Leistungsberechtigten:

Dokumentation/Abrechnungsbogen Familienpflege gem. § 20 SGB VIII

Fallverantwortliche Fachkraft des Jugendamtes:				
Name:		Betreuungsbeginn:		
Vorname:		Betreuer/in:		
geb.:		Vertreter/in:		bewilligte FLS:
				befristet bis:
Datum	Uhrzeit von	Uhrzeit bis	Betreuung durch Bezugsbetreuer	Geleistete FLS

Unterschrift d. Trägers:

Unterschrift gesetzliche(r) Vertreterin / Vertreter der/des Leistungsberechtigten: