

# Füreinander - Miteinander e.V.



**Auftragsgemäße Hilfeleistungen:** Monat / Jahr ..... Beleg-Nr. ....

**Empfänger/-in:** Name ..... Mitglieds-Nr. ....

**Straße / Wohnort:** .....

**Beschreibung der Hilfeleistungen:** .....  
(falls nötig, Rückseite verwenden)

**Helfer/-in:** Name ..... Mitglieds-Nr. ....

| Datum                  | Anzahl<br>Stunden | à 7.00 € | Gefahrene<br>km | à 0.30 € | Handzeichen |           |
|------------------------|-------------------|----------|-----------------|----------|-------------|-----------|
|                        |                   | = €      |                 | = €      | Helfer/-in  | Empf./-in |
|                        |                   |          |                 |          |             |           |
|                        |                   |          |                 |          |             |           |
|                        |                   |          |                 |          |             |           |
|                        |                   |          |                 |          |             |           |
|                        |                   |          |                 |          |             |           |
|                        |                   |          |                 |          |             |           |
|                        |                   |          |                 |          |             |           |
|                        |                   |          |                 |          |             |           |
|                        |                   |          |                 |          |             |           |
|                        |                   |          |                 |          |             |           |
| <b>Summen in Euro:</b> |                   |          |                 |          |             |           |

Der Helfer/die Helferin nimmt .....- mal die **Anfahrtpauschale** à 4,50 € in Anspruch = .....€.

Der Helfer/die Helferin bittet um Erstattung von .....€ für verauslagtes **Briefporto**.

Entsprechend den obigen Berechnungen

**beantragt der Helfer/die Helferin**

- die **Auszahlung** von .....Euro
- eine **Stundengutschrift** im Wert von .....Euro auf dem **Sonderkonto**

**wünscht der Empfänger/die Empfängerin**

- die **Abbuchung** von ..... Euro **im Wege der Lastschrift** von seinem/ihrem Girokonto \*
- die **Abbuchung** von ..... Euro vom **Sonderkonto** für **Stundenleistungen**

\* Die Abbuchung erfolgt frühestens in 14 Tagen, gerechnet vom Zeitpunkt der nachfolgenden Unterschrift.

.....  
Datum, Unterschrift Hilfeempfänger/-in

.....  
Datum, Unterschrift Helfer/-in

Das Formular bitte ausfüllen und spätestens bis zum **8. des Folgemonats** direkt an den Kassierer Klaus Platen, 78464 Konstanz, Lindauer Straße 69, senden.