

LEISTUNGSNACHWEIS

ÜBER HAUSHALTSHILFE NACH § 185 b RVO

vom bis

Bitte nach Einsatzende
zurücksenden an :

Maschinen- und Betriebs-
hilfsring Laufen e. V.
Teisendorfer Str. 13
83410 Laufen

Tel.Nr.: 08682/954810
Fax-Nr.: 08682/954819

für

Versicherten:

Name und Anschrift

Geburtsdatum

Telefon-Nr.

versichert bei:

	Datum	Arbeitszeit		Arbeits- stunden	Km	Art der Tätigkeit z.B. Hauswirtschaft	Unterschrift der Ersatzkraft	Nur für den Dienstgebrauch
		Beginn/Ende	täglich					
MO								
DIE								
MI								
DO								
FR								
SA								
SO								
MO								
DIE								
MI								
DO								
FR								
SA								
SO								
MO								
DIE								
MI								
DO								
FR								
SA								
SO								
MO								
DIE								
MI								
DO								
FR								
SA								
SO								

➔ Hiermit bestätigt der o. g. Versicherte für die eingetragene Zeit im
Leistungsnachweis eine Haushaltshilfe in Anspruch genommen zu haben.

Ort

Datum

(eigenhändige Unterschrift des Versicherten)