Lebenshilfe

für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung

Senden und Umgebung e. V.

Nachweis geleisteter Stunden im Familienunterstützenden Dienst

Mitarbeiter/in:

Zeitraum:

Leistungsempfänger/in:

Datum	Zeit	Stunden
	Gesamt	

_____ (Gesamtzahl Stunden) x _____ €

Zu zahlender Betrag: _____€

Bitte überweisen Sie mir den Betrag auf folgendes Konto:

Kto.inhaber:_____

Bank: _____

IBAN: _____

Mir ist bekannt, dass es sich bei dem mir gezahlten Entgelt um eine steuerfreie Aufwandsentschädigung nach § 3, Nr. 26 EstG handelt.
Ich bestätige hiermit, dass der steuerfreie Höchstbetrag von € 3.300, - in diesem Kalenderjahr bis zum Auszahlungstag auch unter Einbeziehung aller übrigen nebenberuflichen Tätigkeiten, für die Aufwandsentschädigungen im vorgenannten Sinne gezahlt werden, nicht überschritten wird.
Überschreiten dieser Aufwandsentschädigungsgrenze werde ich sofort dem Finanzamt melden.

_____ _____

Datum/Unterschrift Mitarbeiter Koordinator/in FUD (sachlich geprüft)