

Heilfürsorgeberechtigte

--	--	--	--

Name

Vorname

Geb.-Datum

VSNR

1. In der Zeit von bis

werden/wurden folgende Leistungen von der Haushaltshilfe erbracht:

Art der Leistung	Häufigkeit pro Woche	Anzahl der täglichen Stunden	Unterschrift der Haushaltshilfe

2. Haushaltshilfe durch nahe Angehörige (bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert)

tägliche Fahrstrecke der Haushaltshilfe von bis

in Kilometerangabe:

Beförderungsmittel: Bus / PKW / Bahn (zutreffendes bitte ankreuzen)

3. Als Vergütung wird/wurde von mir gezahlt: stündlich: EUR
Fahrtkosten pro Kilometer: EUR

Den durch die Heilfürsorge festgelegten Kostenzuschuss bitte ich zu überweisen auf:

IBAN BIC

Ort, Datum	Unterschrift der Heilfürsorgeberechtigten

Datenschutzhinweis gem. Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung:
 Ihre Daten werden vom Polizeiverwaltungsamt, Referat Heilfürsorge zum Zwecke der Prüfung, Festsetzung und Zahlung des von Ihnen geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs gem. den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen verarbeitet. Weitere datenschutzrechtliche Informationen erhalten Sie im Intranet unter:
<http://epolsax?ft=FormblattXDatenschutzXInfoXHeilfXrsorge-id111971.pdf>