Auftrags / Abrechnung Nr.

BÜRGER SENIORENHILFE HEUSENSTAMM E.V.

Hilfe für Mitglied Nr.		Name, Vorname
Adresse		Telefon
Hilfe von Mitglied Nr.		Name, Vorname
Adresse		Telefon

Art der Hilfeleistung

(bitte ankreuzen)

☐	**A02**	**Begleitung Einkauf**	☐	**A09**	**Hilfe im Garten**	☐	**A16**	**Kinder betreuen**
☐	**A03**	**Begleitung Ärzte**	☐	**A10**	**Reparaturhilfen**	☐	**A17**	**Mitgliederverwaltung**
☐	**A04**	**Begleitung allgemein**	☐	**A11**	**Mitteilungen, Internet**	☐	**A18**	**Verteilerdienst**
☐	**A05**	**Besuche, Gespräche, Spiele**	☐	**A12**	**Medientechnik**	☐	**A19**	**Vorträge halten**
☐	**A06**	**Spaziergänge**	☐	**A13**	**Schriftwechsel m. Behörden**	☐	**A20**	**Veranstaltungen organis.**
☐	**A07**	**Tiere betreuen**	☐	**A14**	**Kasse, Buchhaltung**			**Öffentlichkeitsarbeit**
☐	**A08**	**Repair Café**	☐	**A15**		☐	**A21**	**Hausmeistertätigkeit**

Helfer fuhr mit PKW ? **Ja** ☐ **Nein** ☐ **bitte ankreuzen !**

Datum **Uhrzeit von** **bis** **Summe-Stunden** ☐

Gebühren bei Zahlung MIT Punkten

Für die 1. Stunde **immer 2 Punkte**		**Punkte**
Jede weitere 1/2 Stunde **zusätzlich 1 Punkt**		**Punkte**
Summe der Punkte		**Punkte**
Bei Benutzung eines PKW´s in Heusenstamm / Rembrücken		**€**
Fern-Fahrten zum Arzt nur A03 Offenbach Obertshausen Dietzenbach Neu-Isenburg **zusätzlich 3,00 €**		**€**
Betreute Person muß Fahrtkosten **immer bezahlen**	**Summe**	**€**

Gebühren bei Zahlung OHNE Punkte

Für die 1. Stunde **immer 4,50**	**€**
Jede weitere 1/2 Stunde **zusätzlich 1,00 €**	**€**
Fern-Fahrten zum Arzt nur A03 Offenbach Obertshausen Dietzenbach Neu-Isenburg **zusätzlich 3,00 €**	**€**
Betreute Person **muß bezahlen** **Summe**	**€**

Unterschrift des **betreuten** Mitgliedes

Wird vom Büroteam ausgefüllt

Fahrtkostenerstattung

Bei Benutzung eines PKW`s innerhalb Heusenstamm u. Rembrücken	**3,00 €**	**€**
Fahrten zum Arzt(nur A03): Offenbach, Obertshausen, Dietzenbach, Neu Isenburg **zusätzlich**	**3,00 €**	**€**
	Summe	**€**

Abzug Punktekonto **betreutes** Mitglied, Mitglieds Nr.		**Punkte**
Gutschrift Punktekonto **betreuendes** Mitglied, Mitglieds Nr.		**Punkte**

Datum **Unterschrift Büroteam**

Geprüft und in die EDV-Liste eingetragen, Datum und Unterschrift Vorst.Org.

Form gelb Einzelauftrag 13.03.2024 WP Helfer

BSH Bürozeiten: Montag bis Donnerstag 10-12 Uhr (Kirchstraße 24) Telefon 06104-1711 (auch Anrufbeantworter)