Muster -Leistungsnachweis **Assistenz beim Wohnen** außerhalb der besonderen Wohnform i.S.d. § 42 a Abs.2 Nr. 2 SGB XII im Falle einer Monatsabrechnung

Qualifizierte Assistenz

Bitte die farbigen Felder ausfüllen!

leistungsberechtigte Person (lP): (Name, Vorname)
Leistungsanbieter (Name, Adresse)
Verantwortliche*r Mitarbeiter*in (Name, Vorname)
Zuständiger örtlicher Leistungsträger
Anzahl der bewilligten Fachleistungsstunden (FLS)/ Woche: qualifizierte Assistenzkraft — Anzahl: 4,00
Beginn 6 Monatszeitraum ("flexible Leistungserbringung") — Monat.Jahr: Apr.2024
Gesamtbudget/ Restbudget (6 Monate: Zeitraum) qualifizierte Assistenz — Gesamtbudget: 104,40 — Restbudget: 23,60 — incl. dieser Abrechnung

Monat: April 2024

Datum	Uhrzeit	Ort	Gruppenangebot ja=1	wenn Gruppen-angebot: Anzahl der lP	Anzahl zeitgleicher Assistenz-kräfte im Gruppen-angebot	Dauer in Minuten direkt mit der lP oder mit mehreren lP bei Gruppen-angebot (gemäß Fußnote 2 zu Kap. 2.3.1)	Anzahl direkte FLS qualifizierte Assistenzkraft. Eine FLS ist definiert als 50 Minuten mit der lP (gemäß Fußnote 2 zu Kap 2.3.1)	Wege-pauschale (qualifizierte Assistenzkraft) ja=1	abzurechnende Wegepauschale	davon "Ausfall-stunden" Ja=1	Kennziffer für Kurzbeschrei-bung (optional)	Mitarbeiter*in (Name in Klartext)
01.10.21	13:00	Wohnung				50	1,00	1	1,00	1	2	
07.10.21	15:00	Begleitung Suchtberatung	1	7	1	60	0,17	1	0,14		4	
14.10.21	10:00	Arztbesuch mit der lP				120	2,40	1	1,00		4	
22.10.21	16:00	Betriebsstätte	1	7	2	50	0,29		0,00		7	
23.10.21	9:00	Behördengang				110	2,20	1	1,00		6	
24.10.21	12:00	Telefonanruf durch lP				5	0,10		0,00		10	
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
Gesamt						395	6,16		3,14	1		
						Summe Minuten	**Summe FLS**		**Summe Wegepauschalen**	**Summe Ausfall-stunden**		

Datum Unterschrift der leistungsberechtigten Person

Mit der Unterschrift bestätigt die leistungsberechtigte Person die aufgeführten Leistungen in Minuten (incl. Ausfallzeiten) erhalten zu haben.

Hinweis: Der zeitgleiche Einsatz mehrerer Mitarbeitenden im Gruppenangebot ist durch Nennung/Begründung in Spalte Mitarbeiter*in zu dokumentieren

Muster -Leistungsnachweis **Assistenz beim Wohnen** außerhalb der besonderen Wohnform i.S.d. § 42 a Abs.2 Nr. 2 SGB XII im Falle einer Monatsabrechnung

Kompensatorische Assistenz

Bitte die farbigen Felder ausfüllen!

leistungsberechtigte Person (lP): (Name, Vorname)
Leistungsanbieter (Name, Adresse)
Verantwortliche*r Mitarbeiter*in (Name, Vorname)
Zuständiger örtlicher Leistungsträger
Anzahl der bewilligten Fachleistungsstunden (FLS)/ Woche: sonstige Assistenzkraft — Anzahl 2,00
Beginn 6 Monatszeitraum ("flexible Leistungserbringung") — Monat.Jahr Apr.2024
Gesamtbudget/ Restbudget (6 Monate: Zeitraum) kompensatorische Assistenz — Gesamtbudget 52,20 — Restbudget 7,70 incl. dieser Abrechnung

Monat: April 2024

Datum	Uhrzeit	Ort	Gruppenangebot ja=1	wenn Gruppen-angebot: Anzahl der lP	Anzahl zeitgleicher Assistenz-kräfte im Gruppen-angebot	Dauer in Minuten direkt mit der lP oder mit mehreren lP bei Gruppen-angebot (gemäß Fußnote 2 zu Kap. 2.3.1)	Anzahl direkte FLS sonstige Assistenzkraft. Eine FLS ist definiert als 50 Minuten mit der lP (gemäß Fußnote 2 zu Kap 2.3.1)	Wege-pauschale (sonstige Assistenzkraft) ja=1	abzurechnende Wegepauschale	davon "Ausfall-stunden" Ja=1	Kennziffer für Kurzbeschrei-bung (optional)	Mitarbeiter*in (Name in Klartext)
03.10.21	13:00	Wohnung				**50**	1,00	1	1,00	1	1	
08.10.21	15:00	Wohnung				**30**	0,60		0,00		2	
15.10.21	10:00	Arztbesuch mit der lP				**90**	1,80	1	1,00		4	
27.10.21	16:00	Begleitung beim Einkauf	1	5	1	**50**	0,20	1	0,20		1	
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
							0,00		0,00			
Gesamt						**220**	**3,60**		**2,20**	**1**		
						Summe Minuten	**Summe FLS**		**Summe Wegepauschalen**	**Summe Ausfall-stunden**		

Datum Unterschrift der leistungsberechtigten Person

Mit der Unterschrift bestätigt die leistungsberechtigte Person die aufgeführten Leistungen in Minuten (incl. Ausfallzeiten) erhalten zu haben.

Hinweis: Der zeitgleiche Einsatz mehrerer Mitarbeitenden im Gruppenangebot ist durch Nennung/Begründung in Spalte Mitarbeiter*in zu dokumentieren

Kennziffer für Spalte "J"	direkte Assistenzleistungen mit der leistungsberechtigten Person gemäß Kap. 2.3.1 der Regelleistungsvereinbarung
1	Beratung und Unterstützung im Wohnbereich, insbesondere im Zusammenhang mit Selbstversorgung, Ernährung, Ges.ndheitsvorsorge, persönlicher Hygiene, Umgang mit Geld, Haushaltsführung, Konflikten mit Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern und Nachbarinnen und Nachbarn,
2	Beratung und Unterstützung bei der Entwicklung einer individuellen Tagesstruktur z. B. Einüben von Tag- und Nachtrhythmus, Ruhe- und Aktivitätszeiten, Einhaltung von Mahlzeiten, Erkennen und Einhalten von fremdbestimmten Tagesabschnitten,.
3	Unterstützung / Assistenz bei der Organisation und Planung der eigenen Mobilität (Nutzung von Nahverkehrsmitteln, Fahrrad etc.).
4	Unterstützung bei der notwendigen Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Dienste und Leistungen sowie von Pflegeleistungen nach § 103 Abs. 2 SGB IX,
5	Unterstützung beim Umgang mit Behörden, Banken, anderen Sozialleistungsträgern und sonstigen Institutionen.
6	Begleitung und Teilnahme bei den Gesamtplankonferenzen,
7	Anregung und Unterstützung bei der Erweiterung des Lebenskreises, Förderung von Kontakt- und Kommunikationsfähigkeiten (z. B. Hilfen beim Aufbau und der Pflege von Kontakten und sozialen Beziehungen, Auflösung von Isolation, Abbau und Entgegenwirken von Rückzugstendenzen),
8	Begleitung und Unterstützung beim Wechsel in die/eine neue Wohn- und Lebensform (Unterstützung bei der Wohnungssuche, beim Einzug/Umzug etc.),
9	Reflexion der persönlichen Situation, Krankheit und Ängste im Alltagsgeschehen,
10	Beratung in Konflikt-, Krisen- und Veränderungssituationen,
11	Kontaktsicherung bei stationären Krankenhausaufenthalten oder Rehabilitationsmaßnahmen in einem angemessenen Umfang.
12	Sonstiges