

# LEISTUNGSNACHWEIS

ÜBER HAUSHALTSHILFE NACH § 185 b RVO

vom ..... bis .....

Bitte nach Einsatzende  
zurücksenden an :

Maschinen- und Betriebs-  
hilfsring Laufen e. V.  
Tittmoninger Str. 50  
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 tägl.	Art der Tätigkeit z.B. Hauswirtschaft	Unterschrift der Ersatzkraft	Nur für den Dienstgebrauch
		Beginn/Ende		täglich	tägl.				
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)