

**Bestätigung über die Durchführung
der privaten Kurzzeitpflege und -betreuung
für Menschen mit Behinderung**

Hiemit bestätige ich / bestätigen wir

(Name der Person / Personen, die die Ersatzpflege durchgeführt hat / haben)

für die Dauer

vom (TT.MM.JJJJ):

bis einschließlich (TT.MM.JJJJ):

die private Kurzzeitpflege und -betreuung für Herrn / Frau

(Name des Menschen mit Behinderung in Blockschrift)

**übernommen und dafür ein Entgelt in der Höhe von €
erhalten zu haben.**

(Ort, Datum)

Unterschrift der Person/en, die die Kurzzeitpflege und
-betreuung durchgeführt hat/haben