

Kunden-Name:	Entlastungsbetrag (ehem.ZBL) <input type="checkbox"/>
Monat / Jahr:	Verhinderungspflege <input type="checkbox"/>
	Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/>
	Privatzahler <input type="checkbox"/>

**FUD/
EWA**

*Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben!

	Datum:	Uhrzeit: (Std : Min)		Stunden- zahl	*Unterschrift Kunde / in	Nur für die Verwaltung Std./Woche
	TT MM JJ	von	bis			
Mo						
Di						
Mi						
Do						
Fr						
Sa						
So						
	TT MM JJ	von	bis	Std. -Zahl	*Unterschrift Kunde / in	
Mo						
Di						
Mi						
Do						
Fr						
Sa						
So						
	TT MM JJ	von	bis	Std. -Zahl	*Unterschrift Kunde / in	
Mo						
Di						
Mi						
Do						
Fr						
Sa						
So						
	TT MM JJ	von	bis	Std. -Zahl	*Unterschrift Kunde / in	
Mo						
Di						
Mi						
Do						
Fr						
Sa						
So						
	TT MM JJ	von	bis	Std. -Zahl	*Unterschrift Kunde / in	
Mo						
Di						
Mi						
Do						
Fr						
Sa						
So						
Datum/Kürzel oder Unterschrift Verwaltung:						Std. – Gesamtsumme:

Nur von uns angeordnete und tatsächlich geleistete Dienste eintragen!

Projektleitung:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

sachlich richtig
Datum:

Hon
FSJ / BFD
Angestellte/r

Kürzel oder
Unterschrift:

Status **Name, Vorname Assistent/in** **Datum, Unterschrift Assistent/in**

An die Personalabteilung: _____ (Dat / Kürzel)

Aktion Menschenstadt, Stunden-Nachweis – Verwaltungsteam - Stand 23.01.2017

Kirchenkreis Essen, Behindertenreferat, III. Hagen 39, 45127 Essen