



Vom Mitarbeiter anzukreuzen:

- Freizeitdienst- FZD (050)
- Familienunterstützender Dienst-FUD (060)
- Gästehaus (065)
- Schül assistenz (070) (071)
- Cafe (055)
- Assistenz beim Wohnen (066)
- Arbeitsassistenz (067)

Stundennachweis Offene Hilfen

Tel.: 04231/ 92809-10

FAX: 04231/92809-31

Tag	von	bis	Stunden	
1.				Monat: _____
2.				
3.				Name Mitarbeiter: _____
4.				
5.				Unterschrift Mitarbeiter: _____
6.				
7.				Name d. Kunden oder Aktivität FZD oder GH:
8.				
9.				Unterschrift Kunden/Ges. Vertreter : (bei FZD und G Unterschrift der KoordinatorIn):
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				

Gesamtstunden: _____

Gefahrenre km d. Mitarbeiter mit der zu unterstützenden Person: _____ km

Betreuung von Geschwisterkindern: Anzahl _____ Stunden _____.

Vom Kunden anzukreuzen: Die Abrechnung erfolgt über:

- Verhinderungspflege § 39
- zusätzliche Betreuungsleistungen § 45a
- Kurzzeitpflege § 42
- Haushaltshilfe § 38
- Hilfe zur Pflege § 61
- SGB XII (Eingliederungshilfe)
- 2,50 € Eigenanteil
- 7,50 € Eigenanteil
- Selbstzahler
- Sonstige Finanzierung _____