Einsatzzeitnachweis für BegleiterInnen der Offenen Hilfen

Name des Begleiters: _____ **Monat:** _____ **Jahr:** _____

VON DEN BETREUERINNEN AUSZUFÜLLEN					VON OH-BÜRO AUSZUFÜLLEN					
Tag	Uhrzeit von	Uhrzeit bis	Dauer (h o. Tage)	Bezeichnung der Maßnahme	Kosten-stelle	Aufwandsentschädigung Einh. h	Einh. T	Anz.	Betrag/E (in €)	Summe (in €)
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
21.										
22.										
23.										
24.										
25.										
26.										
27.										
28.										
29.										
30.										
31.										

_____ **Ort, Datum**

_____ **Unterschrift BegleiterIn**

Zusammenfassung:

Kst.	Betrag	Kst.	Betrag
15 1 1 00:	_____	15 2 6 00:	_____
15 1 2 01:	_____	15 2 7 00:	_____
15 1 2 02:	_____	:	_____
15 1 2 03:	_____	:	_____
15 1 2 04:	_____	:	_____
15 2 5 00:	_____	**Gesamtsumme:**	_____

_____ **Datum**

_____ **Unterschrift OH**