

Übungsleiter/in _____ Betreute/r _____ Monat/Jahr _____

Art der Abrechnung (Anzukreuzen vom Auftraggeber)

Ort _____

| | | | | |
|--|--|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe | <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege | <input type="checkbox"/> Privat - mit Rechnungsvermerk "Zusätzliche Betreuungsleistungen" | <input type="checkbox"/> Pflegesachleistungen | <input type="checkbox"/> Selbstzahler |
|--|--|---|---|---------------------------------------|

| | |
|---|---|
| Art der Maßnahme | <input type="checkbox"/> Einzelbetreuung <input type="checkbox"/> Gruppenbetreuung |
| <input type="checkbox"/> Betreuung im häuslichen Umfeld | <input type="checkbox"/> Kindergruppe <input type="checkbox"/> Freitagsgruppe <input type="checkbox"/> Jugendgruppe <input type="checkbox"/> Ferienmaßnahme <input type="checkbox"/> Freizeitgruppe |

| Datum | Uhrzeit von | Uhrzeit bis | Dauer in Stunden* | NUR Abrechnung über EINGLIEDERUNGSHILFE AKTIVITÄTEN: |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Gesamtstunden: | | | | |

 Ort, Datum

 Unterschrift Übungsleiter

 Ort, Datum

 Unterschrift Erziehungsberechtigter, Eltern rechtlicher Vertreter

* Bitte in 15 Minuten Schritten / in Dezimal abrechnen

| | | | | |
|---------|------|-----|------|----|
| Minuten | 15 | 30 | 45 | 60 |
| Dezimal | 0,25 | 0,5 | 0,75 | 1 |

Abgabefrist der Abrechnung bis zum 5. des Folgemonats