

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

Art der Abrechnung (Anzukreuzen vom Auftraggeber)

Ort _____

<input type="checkbox"/> Eingliederungs- hilfe	<input type="checkbox"/> Verhinderungs- pflege	<input type="checkbox"/> Privat - mit Rechnungsvermerk "Zusätzliche Betreuungsleistungen"	<input type="checkbox"/> Pflegesach- leistungen	<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:
Gesamt- stunden:				

 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