

Stundennachweis Integrationshilfe als Anlage zur Rechnung								
Name Klient								
Aktenzeichen It.Hilfeplan								
fallzuständiger Sozialarbeiter								
Hilfebeginn:								
Abrechnungsmonat				bewilligte Wochenstunden				
Wochen- tag	Datum	Uhrzeit		Ausfallzeiten (bitte ankreuzen)		Stundenumfang		fallspezifische Leistungen
		von	bis	Klient	Begleiter	Tag	gesamt	
Montag								
Dienstag								
Mittwoch								
Donnerstag								
Freitag								
Montag								
Dienstag								
Mittwoch								
Donnerstag								
Freitag								
Montag								
Dienstag								
Mittwoch								
Donnerstag								
Freitag								
Montag								
Dienstag								
Mittwoch								
Donnerstag								
Freitag								
<b>Gesamtstunden im Berechnungsmonat</b>								

Mit der Unterschrift wird versichert, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.

\_\_\_\_\_  
Datum Stempel/Unterschrift Träger

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift Fachkraft Integrationshilfe

\_\_\_\_\_  
Datum Bestätigung/Unterschrift Kita/Schule/Ausbildungsstätte