Stundennachweis Integrationshilfe als Anlage zur Rechnung Stand: 05.05.2023

Anlage 17a

Name Klient	
Aktenzeichen lt.Hilfeplan	
fallzuständiger Sozialarbeiter	

Abrechnungsmonat:					**Bewilligte Wochenstunden:**	
Datum	**Wochentag**	**Arbeitszeit**		**Stunden-anzahl**	**fallspezifische Leistungen**	
		Beginn	**Ende**			
			gesamt:			

Mit der Unterschrift des Trägers/Mitarbeiters wird versichert, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.

Datum **Stempel/Unterschrift Träger** **Datum** **Unterschrift Schulbegleitung**