

# Lebenshilfe Köln e.V.

# A

Lebenshilfe Köln e.V., Berliner Straße 140-158, 51063 Köln, Telefax 983414-20, Email info@lebenshilfekoeln.de

Assistenz							
Monat/Jahr:		Betreute Person (Name+Vorname):			Mitarbeiter:In:		
		BITTE ANKREUZEN					
Tag	Uhrzeit von	bis	Anzahl Std.	zu Hause	außer Haus	Unterschrift Mitar.	Unterschrift Kunde
1.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
3.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
4.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
5.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
6.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
7.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
8.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
9.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
10.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
11.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
12.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
13.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
14.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
15.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
16.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
17.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
18.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
19.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
20.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
21.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
22.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
23.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
24.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
25.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
26.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
27.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
28.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
29.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
30.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
31.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>Stunden gesamt:</b>					Mitarbeiter-Std. erfasst:		
abrechenbare Std. nach § 65 SGB XI:					Datum/Kürzel:		
Zusätzlicher Mobilitätszuschlag: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>							

Unterschrift Lebenshilfe: