Leistungsnachweis

Träger der Maßnahme

Mitarbeiter/in - Honorarkraft

Projekt / Maßnahme

Tätigkeit

Abrechnungsmonat/-jahr

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tag | Uhrzeit | Anzahl Stunden/ UE | Leistungsbeschreibung(Einzelgespräch KM/ KV, Erziehungsberatung, Familienkonf., HPG, Genogrammarbeit, Päd. Freizeitgestaltung, Biografiearbeit, Schul-, Arzt-, Behörden-,Krisengespräch, etc.)  |
| von | - bis |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Summe |  |  |

Es wird bestätigt, dass diese Aufstellung vollständig und abschließend ist.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift