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