Az: /

Quittierungsbeleg für direkte Betreuungsleistungen

Anbieter: _____

Name:

Bewilligte Fachleistungsstunden wöchentlich _____ Stunden

Bewilligte Nichtfachkraftstunden wöchentlich _____ Stunden

Verantwortliche/r Mitarbeiter/in: _____ Monat/Jahr _____

Betreuung erbracht am	**Zeitumfang**		**Stunden Einzelbetreuung**		**Stunden Gruppenbetreuung anteilig**	
Datum	von	bis	Fachkraft	Hilfskraft	Fachkraft	Hilfskraft