

Leistungsnachweis für direkte Betreuungsleistungen im Ambulant Betreuten Wohnen

Monat _____ Jahr _____ Blatt _____

Name _____

geb. _____

Anbieter: _____

Bewilligte Fachkraftstunden wöchentlich _____ Stunden

Bewilligte Nichtfachkraftstunden wöchentlich _____ Stunden

Datum	Zeitumfang		Stunden Einzelbetreuung ¹⁾		Stunden Gruppenbetreuung ¹⁾		Betreuungsinhalt: (stichpunktartig)	Handzeichen	
	von	bis	FK	HK	FK	HK		Mitarbeiter	Klient/in
Gesamtstunden monatlich									

Anmerkungen: _____

Datum

Unterschrift Mitarbeiter/in

¹⁾ kleinste Einheit 15 Minuten entsprechen 0,25