



Lebenshilfe

für Menschen mit Behinderung Kv. Regen e. V.

Offene Hilfen

Abt-Gubitz-Str. 4

94209 Regen

Tel. 09921/970 600- 0

Betreuungsnachweis (ehrenamtl. MA) - Einzelbetreuung

Monat / Jahr _____ Betreuer/-in _____

Betreute Person: _____ Kfz-Kennzeichen _____

Nr.	Datum	Uhrzeit (von – bis)	Stunden (Dauer des Einsatzes)	KM	Dienstfahrt (Strecke von-nach)	Spesen	Bestätigung des Einsatzes Unterschrift
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
Summe							

Sachlich richtig: _____
Einrichtungsleitung

Bemerkungen: _____

Fahrtkosten:	Spesen:
Betreuungskosten:	
Überweisungsbetrag:	
Überwiesen am:	Rechnerisch richtig: