**Monatliche Stundenabrechnung**

|  |  |
| --- | --- |
| Teilnehmer/ -in |  |
| Maßnahmeträger |  |
| Adresse |  |
| Ansprechpartner/ -in; Telefonnr. |  |
|  |  |
| **Monat** |  |
| **Jahr** |  |
| **Aufgaben** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kalendertag | Anwesenheit | Stunden | Kalendertag | Anwesenheit | Stunden |
| 1 |  |  | 16 |  |  |
| 2 |  |  | 17 |  |  |
| 3 |  |  | 18 |  |  |
| 4 |  |  | 19 |  |  |
| 5 |  |  | 20 |  |  |
| 6 |  |  | 21 |  |  |
| 7 |  |  | 22 |  |  |
| 8 |  |  | 23 |  |  |
| 9 |  |  | 24 |  |  |
| 10 |  |  | 25 |  |  |
| 11 |  |  | 26 |  |  |
| 12 |  |  | 27 |  |  |
| 13 |  |  | 28 |  |  |
| 14 |  |  | 29 |  |  |
| 15 |  |  | 30 |  |  |
|  |  |  | 31 |  |  |

Legende: K= krank; E= Entschuldigt; UE= Unentschuldigt; F= Frei

Die Stundenabrechnung bitte spätestens zum 1. Des Folgemonats an o.g. Adresse senden (per Fax, Email, Post)

Ort/ Datum Unterschrift/ Stempel Maßnahmeträger