

Nur nutzen, wenn kein Zeitrachweis beim Kunden geföhrt wird!



Verein zur Förderung der Inklusion
behinderter Menschen e.V.
Am Erlengraben 12a, 35037 Marburg

Stundennachweis

(gültig ab 1.1.2019) **Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!**

Name: _____

Kunde/Kundin: _____

Monat/Jahr: _____

Assistenz <input type="checkbox"/>	Marburg <input type="checkbox"/>
FUH <input type="checkbox"/>	Stadtallendorf <input type="checkbox"/>
I-Hilfe <input type="checkbox"/>	Gladenbach <input type="checkbox"/>
UW <input type="checkbox"/>	Gießen <input type="checkbox"/>
Regie <input type="checkbox"/>	

Tag	Datum	von - bis	von - bis	von - bis	Stunden	E, DB, HT, F, K, kDü, kDA	Stunden
	1.						
	2.						
	3.						
	4.						
	5.						
	6.						
	7.						
	8.						
	9.						
	10.						
	11.						
	12.						
	13.						
	14.						
	15.						
	16.						
	17.						
	18.						
	19.						
	20.						
	21.						
	22.						
	23.						
	24.						
	25.						
	26.						
	27.						
	28.						
	29.						
	30.						
	31.						

(vom fib auszufüllen:)

Einsatzstunden: (davon Zuschläge für)	
nachts(21-7):	
samstags(13-21):	
sonntags(0-24):	
feiertags(0-24):	
Bes. Feiertag:	
Kurzeinsatzzuschlag (Anzahl Einsätze)	
Anzahl kurzfristiger Dienstübernahmen	
Einarbeitung (E):	
Dienstb. (DB+HT):	
Fortb.+Supervision (F+SV):	
Lohnfortzahlung:	
Stunden kurzfristige Dienstabsage (kDA)	
Kunde Klinik (KK)100% - LFZ/gearbeitet - Stundenkonto	XXXXXXXXXX
Gesamtstunden:	

Urlaubsanspruch

Bitte nur noch **gesonderten**
Urlaubsantrag verwenden

Fahrtkosten mit KundIn
oder
Fahrtkosten zum/zur KundIn

Bitte nur noch **gesonderten**
Fahrtkostenantrag verwenden

Um die pünktliche Bezahlung zu gewährleisten, müssen die Stundennachweise bis zum **3. des nächsten Monats** bei den AnsprechpartnerInnen vorliegen.

.....
(Unterschrift KundIn)

.....
(Unterschrift MitarbeiterIn)