

Tätigkeitsnachweis Betreuung

Monat	Jahr

Name
Betreuungskraft: _____

Betreute Familie	Datum	Zeitraum			Zuordnung			Ein- nahme	Fahrgeldpauschale (eine Strecke)		
		Arbeitszeit		Berechn.- Zeit	K.N.U.T	P.aU.L.A	Ha.n.n.A	Bar	Unter 20 km	Über 20 km	Extra- Km-Abr.
		von	bis	Std..				€	€	€	€

GESAMT > >>>

--	--	--	--

Bitte bis zum 10. des Folgemonats einreichen !