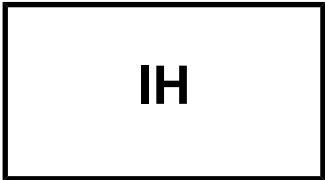


**zuständige Koordinatorin:**

- |   |                                   |                                     |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heinrichsmeier | <input type="checkbox"/> König    | <input type="checkbox"/> Barth      |
| <input type="checkbox"/> Gärtner        | <input type="checkbox"/> Kolter   | <input type="checkbox"/> Nordhoff   |
|   | <input type="checkbox"/> Horlbeck | <input type="checkbox"/> Wiegandt   |
|   | <input type="checkbox"/> Höhne    | <input type="checkbox"/> Noheh-Khan |



Name des Klienten \_\_\_\_\_

Mitarbeiterin \_\_\_\_\_

Monat/Jahr \_\_\_\_\_

<i>nur von GEMEINSAM e.V. auszufüllen!</i>	
<b>Eing.</b>	
<b>Kontr.</b>	
<b>Gh.</b>	
<b>Rg.</b>	

Datum	Uhrzeit von bis		abzügl. Pause	Stunden	Inhalt (Integrationshilfe/ Klassenfahrt/ etc.)
01.					
02.					
03.					
04.					
05.					
06.					
07.					
08.					
09.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					
31.					

Summe \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Mitarbeiter/in \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Lehrkraft \_\_\_\_\_

Name Klient

Name MitarbeiterIn

Monat/ Jahr


**Weitere Informationen der I-Helfer**


**Weitere Stunden (Reflexionstreffen, Fortbildung, Gespräch mit I-Helfer in der Familie)**

Datum	Von-bis	Stunden	Grund der Mehrstunden

Summe   Stunden

**Dienstausfall durch Erkrankung des Mitarbeiters**

Datum von	Datum bis

- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (ab dritten Krankheitstag) bereits vor liegt
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (ab dritten Krankheitstag) beigefügt ist (ab
- Arbeitsunfähigkeit dauert voraussichtlich noch bis

**Anmerkung:**

- Den unterschriebenen Stundennachweis an GEMEINSAM e.V. senden.
- Der Stundennachweis muss bis zum dritten Werktag des Folgemonats im Büro eingegangen sein.