|  |  |
| --- | --- |
| **Lebenshilfe Heinsberg e.V.****F**amilien **u**nterstützender **D**ienstRichard-Wagner-Straße 552525 Heinsberg Fax: 02452 – 969 718 | **Stundennachweis für Einzelassistenz** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Monat/Jahr:**       | **Klient:** *[Vorname, Nachname]*            | **Assistent/in:** *[Vorname, Nachname]*            |
| **Datum** | **Uhrzeit** | **Anzahl Std.** | **Kurze Beschreibung der Tätigkeit** |
| 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. |       |       |       |       |
| Stunden gesamt: |  |  |

Es wird bestätigt. dass die aufgeführten Stunden erbracht wurden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Zeichen Lebenshilfe | Unterschrift Assistent/in | Unterschrift Klient; gesetzlicher Vertreter |

Nur von der Lebenshilfe auszufüllen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  § 45b SGB XI  | Betreuungs- und Entlastungsleistungen | Stunden erfasst Datum/Kürzel |  |
| [ ]  § 39 SGB XI  | stundenweise Verhinderungspflege |
| [ ]  § 55ff SGB XII  | Eingliederungshilfe Kreis  |
| [ ]  § 55ff SGB XII | Eingliederungshilfe LVR | Anmerkung: |
| [ ]  § 35 SGB VII | Jugendhilfe |
| [ ]   | Selbstzahler  |