|  |  |
| --- | --- |
| **Lebenshilfe Heinsberg e.V.**  **F**amilien **u**nterstützender **D**ienst  Richard-Wagner-Straße 5  52525 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 |