



# Lebenshilfe Heinsberg

Verein für Menschen mit Behinderung e.V.

<b>Lebenshilfe Heinsberg e.V.</b> Familien unterstützender Dienst Richard-Wagner-Straße 5 52525 Heinsberg ☎ Fax: 02452 – 969 718	<h2>Stundennachweis für Einzelassistenz</h2>
--	--

<b>Monat/Jahr:</b>	<b>Klient:</b> [Vorname, Nachname]	<b>Assistent/in:</b> [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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zeichen Lebenshilfe	Unterschrift Assistent/in	Unterschrift Klient; gesetzlicher Vertreter

Nur von der Lebenshilfe auszufüllen

<input type="checkbox"/> § 45b SGB XI	Betreuungs- und Entlastungsleistungen	Stunden erfasst Datum/Kürzel
<input type="checkbox"/> § 39 SGB XI	stundenweise Verhinderungspflege	
<input type="checkbox"/> § 55ff SGB XII	Eingliederungshilfe Kreis	Anmerkung:
<input type="checkbox"/> § 55ff SGB XII	Eingliederungshilfe LVR	
<input type="checkbox"/> § 35 SGB VII	Jugendhilfe	
<input type="checkbox"/>	Selbstzahler	