

GEMEINSAM LEBEN LERNEN e.V.



Ambulanter Dienst: Goethestraße 8 · 80336 München

EINSATZNACHWEIS

(Für jeden Monat und jede Person die begleitet wird einen eigenen Einsatznachweis ausfüllen.)

Monat / Jahr:

Offene Arbeit für Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Angehörigen im Evang.-Luth. Dekanatsbezirk München

Telefon (089) 89 055 98 - 0
 Fax (089) 89 055 98 - 29
 E-Mail info@gll-muenchen.de
 Internet www.gll-muenchen.de

Begleitete Person: Vorname: Nachname:

WICHTIG! Grau hinterlegte Felder müssen von den Eltern / gesetzlichen Vertretern / bei Schul-/Kindergarten- und HPT-Begleitung von der jeweils zuständigen Fachkraft ausgefüllt und unterschrieben werden!

Lfd. Nr.	Datum Einsatztag	von	bis	Unterschrift Eltern / gesetzlicher Vertreter / Fachkraft der Schule, Kindergarten, HPT
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				

Finanzierung über -

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Zusätzliche Betreuungsleistung
- Verhinderungspflege
- Selbstzahler
- Eingliederungshilfe
- Schul-/Kindergartenbegleitung
- HPT-Begleitung

Datum: Unterschrift gesetzlicher Vertreter:

Angaben von HelferIn / Schul-/KindergartenbegleiterIn / HPTbegleiterIn

WICHTIG! Bitte alle hervorgehobenen Felder vollständig ausfüllen!

Name: _____ Vorname: _____ Staatsangehörigkeit: _____
PLZ: _____ Wohnort: _____ Straße: _____

Bei ausländischen Mitarbeiter/Innen: gültige Arbeitserlaubnis
Für: _____ gültige Arbeitserlaubnis bis: _____
Gültige Aufenthaltsgenehmigung/Duldung bis: _____
Achtung! Gültigkeitszeiten müssen mit nachfolgenden Arbeitstagen übereinstimmen

Zeitraum der Beschäftigung:
Vom: _____ bis: _____ Beschäftigt als: _____

geringfügig entlohnte Beschäftigung kurzfristige Beschäftigung

Bitte Arbeitsstunden je Tag angeben:
Im Monat _____ wurde gearbeitet am:

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		

= Gesamtstunden: _____ x Std.-Lohn: _____ Überweisungsbetrag: _____
Abschlag: _____
Endsumme: _____

Fragen zur Überprüfung der Sozialversicherungspflicht müssen für jede Überweisung von der Aushilfe angekreuzt werden.

Weitere Beschäftigungen:
 NEIN
 JA (Bei Beantwortung mit „JA“ bitte unbedingt die folgenden Angaben machen)

Firma	seit	Std. / Woche	€ / Monat
-------	------	--------------	-----------

Datum: Unterschrift (HelferIn /Schul-/KindergartenbegleiterIn / HPTbegleiterIn):

Datum: Unterschrift (DienststellenleiterIn):