Lebenshilfe

für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung
Senden und Umgebung e. V.

Nachweis geleisteter Stunden im Familienunterstützenden Dienst

Mitarbeiter/in: _____

Zeitraum: _____

Leistungsempfänger/in: _____

Datum	Zeit	Stunden
	Gesamt	

Hiermit bestätige ich, dass die/der Mitarbeiter/in der Lebenshilfe Senden e.V. zu den oben genannten Zeiten in meiner Familie im Einsatz war.

_____

Datum und Unterschrift