

Träger der Maßnahme: _____

Abrechnungsmonat: _____

lfd. Nr.	Name	Vorname	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	Std. ges.	Anz. TNT		
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																																					
Summe																																					

- Legende:
- Zahl = Anzahl der Arbeitsstunden
 - / = Wochenende
 - FT = Feiertag
 - U = Urlaub
 - UE = Unentschuldigtes Fehlen
 - E = Entschuldigtes Fehlen - Nachweis liegt der Abrechnung bei
 - K = Krankheit - Nachweis liegt vor
 - KK = Kind krank

Bitte beachten Sie die entsprechenden Auflagen in Ihrem Bewilligungsbescheid.
Abweichungen von der täglichen bewilligten Arbeitszeit sind zu dokumentieren und beim Träger vorzuhalten.