

**Trägereinrichtung: Persönliche Assistenz GmbH**

Name AssistentIn:

Monat/Jahr:

Name AuftraggeberIn:

Wohnort AuftraggeberIn.:

## ASSISTENZZEITEN

Datum	Tagesstunden (Mo-Fr von 06:00-20:00, Sa von 6:00-13:00)			Nacht-/Wochenend- und Feiertagsstunden (Mo-Fr von 20:00 - 06:00, von Sa 13:00 - Mo 06:00 und Feiertage)			gefährte KM mit/für Auftraggeb.	Wegstrecke bei reinen Assistenzfahrten und/oder Angabe von Mehr-Zeit u. Mehr-km mit Verweis aufs Fahrtenbuch
	von	bis	Std.:Min.	von	bis	Std.:Min.		
Zwischensummen:								

Datum	Tagesstunden (Mo-Fr von 06:00-20:00, Sa von 6:00-13:00)			Nacht-/Wochenend- und Feiertagsstunden (Mo-Fr von 20:00 - 06:00, von Sa 13:00 - Mo 06:00 und Feiertage)			gefährdete KM mit/für Auftraggeb.	Wegstrecke bei reinen Assistenzfahrten und/oder Angabe von Mehr-Zeit u. Mehr-km mit Verweis aufs Fahrtenbuch
	von	bis	Std.:Min.	von	bis	Std.:Min.		
Übertrag								
Summen:								

Nachtbereitschaft	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Unterschrift AuftraggeberIn
vom								
Summen:								

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift AssistentIn

\_\_\_\_\_ Unterschrift AuftraggeberIn