

**Ambulant betreutes Wohnen: Betreuungsübersicht**

Name (Klientin/Klient)

Nr.

Monat

Jahr

Leistungsträger

weiterer Stundenzettel  ja  
 nein

bewilligte FLS/Woche

bewilligt bis (Monat/Jahr)

Tag	Tätigkeitsbeschreibung	Stunden	Uhrzeit von... : bis...	Einzelbetr.=E Gruppenbetr. =G	Ambulante Betreuung durch	Unterschrift Leistungsempfänger
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						
<b>Summe</b>						

Abrechnungsfähig sind ausschließlich die direkten tatsächlich erbrachten Betreuungsleistungen.  
Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

bewilligte FLStunden/Quartal  
(FLS/Woche\*13 = FLStunden/Quartal)

davon im 1. Monat des  
Quartals verbraucht:  
davon im 2. Monat des  
Quartals verbraucht:

Rest:

Ort / Datum

Unterschrift (Mitarbeiter)