

## Stundennachweis während des Beschäftigungseinsatzes

Name: \_\_\_\_\_

Monat: \_\_\_\_\_

Einsatzstelle: \_\_\_\_\_

|    | Arbeitszeit             |     | Stunden |
|----|-------------------------|-----|---------|
|    | von                     | bis |         |
| 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>Stunden (gesamt)</b> |     |         |

Für die Abrechnung benötigen wir eine Auflistung der Beschäftigungsstunden. Bitte schicken oder faxen (02261/795825) Sie uns die ausgefüllte Liste jeweils am Monatsende zu. Vielen Dank!

**F** = Urlaub  
**K** = krank  
**KK** = Kind krank  
**E** = entschuldigt  
**U** = unentschuldigt  
**Az** = Arbeitszeitausgleich

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift Teilnehmer

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift Einsatzstelle

**AGH Basis**  
 VSB gGmbH  
 Ahestraße 2, 51645 Gummersbach  
 Tel.: 02261/7958-13