Anlage Leistungsnachweis

Name des Leistungserbringers und Logo

Monat:

Bewilligungszeitraum:

Name Leistungsberechtigte:

Leistungen zur sozialen Teilhabe und Teilhabe an Bildung (ambulant)

Name Fachkraft: _____

Bewilligte Stunden pro Woche/Monat

Datum	Von	Bis	Std.	Inhalt der Leistung	FLU*	FLN*
Beispiel/Format:	14:00	17:00				
		Gesamt:				

FLU = fallspezifische Leistungen zur Unterstützung
FLN = weitere notwendige fallspezifische Leistungen

Besondere Absprachen mit Teilhabeplanung/ besondere Anmerkungen:

Der Leistungserbringer versichert die Richtigkeit dieser Angaben.

Datum:

Unterschrift Fachkraft: _____ **Unterschrift Leitung:** _____

Die Leistungsberechtigten haben am _____ eine Kopie des Leistungsnachweises erhalten.