




Trärgemeinschaft  
Offene Behindertenarbeit  
im Landkreis Forchheim e.V.

## Freizeit, Bildung und Begegnung

Abrechnung stundenweise beschäftigte  
Mitarbeiter/innen der  Forchheim

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

Jahr: \_\_\_\_\_

Name, Adresse des/ der Mitarbeiters/ Mitarbeiterin: \_\_\_\_\_

Nr.	Datum des Einsatzes	Uhrzeit von / bis	Stunden	Art der Veranstaltung	Leitungsfunktion ja / nein
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
	Gesamtsumme		*		

Unterschrift d. Mitarbeiters/in für die Richtigkeit der Angaben \_\_\_\_\_

**WICHTIG: Abrechnung bis zum 4. des Folgemonats im  Büro abgeben!**