FSLN
Freies Selbstbestimmtes Leben
Nordrhein-Westfalen e.V.

Tätigkeitsnachweis über niedrigschwellige Betreuung nach § 45b bzw. § 45c SGB XI

Betreute(r): _____

Monate/Jahr: _____

Datum	Beginn (Uhrzeit)	Ende Uhrzeit	Dauer gesamt (Stunden)
		Summe:	

Unterschrift Betreute(r)/Bevollmächtigte(r): _____