**Stundennachweis**   
über die Unterstützung durch die ehrenamtliche wellcome Mitarbeiterin

Abrechnung erfolgt alle **zwei Monate** (Februar, April, Juni…); bis zum **15. d. jeweiligen Monats** an Koordinatorin schicken

Name wellcome Mitarbeiterin: .................................................................................

bei Familie: ...........................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Datum** | **Uhrzeit  Beginn/Ende** | **Stunden** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
|  |  | **Summe Stunden** |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Ehrenamtliche Unterschrift Familie