

# Arbeitszeitnachweis

**Individualhilfe - Ambulanter Dienst -  
gemeinnützige Gesellschaft  
mit beschränkter Haftung**

**Adlerstrasse 1/3, 69123 Heidelberg  
Fon: 06221/82817 - 0 Fax: 06221/82817 - 20**

Monat / Jahr: \_\_\_\_\_

Mitarbeiter / -in: \_\_\_\_\_

Angest.  Stud.  FSJ  ZDL  Aw

Wert Urlaubstag: \_\_\_\_\_ Sollstd.: \_\_\_\_\_

Weitere Arbeitgeber: Ja  Nein

Tag	bei (Name der/s Kundin/-en)	Uhrzeit von - bis	Arbeitszeit Std.	Urlaub Std.	Krank Std.	
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						
		Summen:				

**Muß spätestens am 1. des Folgemonats im Büro sein !**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sollstd.:	
SVPf	RV	PauRV	PauKV	Priv	Frei	G	+/-	

↑ wird vom Büro ausgefüllt

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_