Gemeinde Wallenhorst
Familienservicebüro
z.H. Frau Detmer

Stundenabrechnung für den Monat: _____

Name der TPP: _____ **Name des Kindes:** _____

Tag	Datum	Betreuungszeiten 5:00 Uhr - 22:00 Uhr				Betreuungszeiten 22:00 Uhr - 5:00 Uhr oder 2. Zeitraum				Ausfalltag		Grund für Mehrbetreuung
										TPP	Kind	
Mo					Zwischensumme:				Zwischensumme:			
Di												
Mi												
Do												
Fr												
Sa												
So												
Mo					Zwischensumme:				Zwischensumme:			
Di												
Mi												
Do												
Fr												
Sa												
So												
Mo					Zwischensumme:				Zwischensumme:			
Di												
Mi												
Do												
Fr												
Sa												
So												
Mo					Zwischensumme:				Zwischensumme:			
Di												
Mi												
Do												
Fr												
Sa												
So												
Mo					Zwischensumme:				Zwischensumme:			
Di												
Mi												
Do												
Fr												
Sa												
So												
Mo					Zwischensumme:				Zwischensumme:			
Di												
Mi												
Do												
Fr												
Sa												
So												
Stunden insgesamt:												

Berechnung Pflegegeld:

Gesamtstunden aufgerundet (5:00 - 22:00 Uhr): _____ x _____ = - €

Gesamtstunden aufgerundet (22:00 - 5:00 Uhr): _____ x 1,00 € = - €

Pflegegeld gesamt - €

Hiermit bestätige ich als ***Tagespflegeperson***, dass die angegebenen Betreuungszeiten von mir in vollem Umfang durchgeführt wurden.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der Tagespflegeperson

Hiermit bestätige ich als ***Kindesmutter/-vater*** die Richtigkeit der angegebenen Betreuungszeiten. Die Betreuungszeiten waren in vollem Umfang erforderlich und wurden von der angegebenen Tagespflegeperson durchgeführt.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten