

\_\_\_\_\_  
Name der Haushaltshilfe

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Adresse der Haushaltshilfe

Kreis Steinfurt  
Amt für Soziales und Pflege  
Tecklenburger Str. 10  
48565 Steinfurt

**Nachweis über geleistete Arbeitsstunden  
als Haushaltshilfe nach den Bestimmungen des SGB XII**

für \_\_\_\_\_  
Name des Hilfeempfängers

im Monat \_\_\_\_\_

	Wochentag (Mo - So)	Zeit von - bis Uhr	Stunden
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			

	Wochentag (Mo - So)	Zeit von - bis Uhr	Stunden
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			

	Wochentag (Mo - So)	Zeit von - bis Uhr	Stunden
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
		<b>Summe</b>	

Überweisung auf IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Haushaltshilfe

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Hilfeempfänger/in