



EINSATZNACHWEIS

Monat / Jahr:

Name des Leistungsempfängers:

Lfd. Nr.	Datum Einsatztag	von	bis	Unterschrift gesetzlicher Vertreter / Schule / HPT
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Zusätzliche Betreuungsleistung
 Teilhabe

- Verhinderungspflege
 Schul- / HPT- Begleitung

Datum / Unterschrift gesetzlicher Vertreter:

Auszahlungsbeleg – für Aushilfsvergütungen

(Beleg nicht anwendbar bei Student/Innen, die mehr als geringfügig beschäftigt sind)

Name: _____ Vorname: _____ Staatsangehörigkeit: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Straße: _____

Bei ausländischen Mitarbeiter/Innen: gültige Arbeitserlaubnis
Für: _____ gültige Arbeitserlaubnis bis: _____
Gültige Aufenthaltsgenehmigung/Duldung bis: _____
Achtung! Gültigkeitszeiten müssen mit nachfolgenden Arbeitstagen übereinstimmen

Zeitraum der Beschäftigung:

Vom: _____ bis: _____ Beschäftigt als: _____

geringfügig entlohnte Beschäftigung

kurzfristige Beschäftigung

Bitte Arbeitsstunden je Tag angeben:
Im Monat _____ wurde gearbeitet am:

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	

= Gesamtstunden: _____ x Std.-Lohn: _____ Überweisungsbetrag: _____

Abschlag: _____

Endsumme: _____

Fragen zur Überprüfung der Sozialversicherungspflicht müssen für jede Überweisung von der Aushilfe angekreuzt werden.

Weitere Beschäftigungen:

NEIN

JA (Bei Beantwortung mit „JA“ bitte unbedingt die folgenden Angaben machen)

Firma seit Std. / Woche € / Monat

Datum / Unterschrift Mitarbeiter/In

Datum / Unterschrift Dienststellenleiter/In