

Anlage 5

Rechnung

Name, Adresse Einrichtung

Rechnungsnummer	Nr
Rechnungsdatum	Datum
Name, Rufnummer, Email des Ansprechpartners in der Einrichtung	

An die
Stadt Ingolstadt
Amt für Jugend und Familie
Adolf-Kolping-Str. 10
85049 Ingolstadt

Name, Vorname, Geburtsdatum des Klienten

Paragraph, Hilfeart, Beginn der Maßnahme

Aktenzeichen aus Bescheid

Abrechnungszeitraum (immer voller Monat!), muss auch für evtl. Nebenkosten gelten, keine Vormonate etc.

Fachkraft ASD (auch auf Stundennachweis!)

Anzahl der Stunden (dezimal, z.B. 14,5) x Fachkraft Name ggf. Anzahl der Kinder Anzahl	Stundensatz =	Gesamtsumme
Anzahl der Stunden (dezimal, z.B. 14,5) x Fachkraft Name ggf. Anzahl der Kinder Anzahl	Stundensatz =	Gesamtsumme
Anzahl der Stunden (dezimal, z.B. 14,5) x Fachkraft Name ggf. Anzahl der Kinder Anzahl	Stundensatz =	Gesamtsumme
Anzahl der Stunden (dezimal, z.B. 14,5) x Fachkraft Name ggf. Anzahl der Kinder Anzahl	Stundensatz =	Gesamtsumme
Monatliche Telefonpauschale 2,0 x Fachkraft Name	Stundensatz =	Gesamtsumme
(bei mehreren Fachkräften mit unterschiedlichen Stundensätzen je eine Zeile wie oben mit Namensangabe der jeweiligen Fachkraft und zusätzlicher Angabe der Rechnungsendsumme (alle Gesamtsummen addiert))		
(bei unterschiedlichen Stundensätzen aufgrund der Gruppenstärke je eine Zeile wie oben mit Angabe der Zahl der betreuten Klienten und zusätzlicher Angabe der Rechnungsendsumme (alle Gesamtsummen addiert))		

Mit freundlichen Grüßen

Trägervertreter

Bankverbindung der Einrichtung
