Bezirk Schwaben

Meldung Genesungsbegleitung für das Jahr _____

I. Allgemeine Angaben

Tagesstätte

Träger _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer _____

Fax _____

E-Mail-Adresse _____

Bankverbindung

IBAN _____

BIC _____

II. Aufstellung der Genesungsbegleiter/-innen

Name	Vorname	Vergütungs-gruppe	Wochen-Std.	Beschäftigungs-zeitraum		AG Gesamtkosten

☐ Nachweis Jahreslohnkonto des/der Genesungsbegleiters/-in ist beigefügt

_____ _____

Ort, Datum rechtsverbindliche Unterschrift