Arbeitsassistenz -

Bewilligungsbescheid vom

Tatsächliche Kosten zur Beschäftigung einer Arbeitsassistenzkraft im Bewilligungszeitraum:

Name der Assistenzkraft: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Monat	**Jahr**	**Arbeitnehmer-Brutto**	**Sozialversicherungsbeiträge des Arbeitgebers**					**Sonstige Kosten**
			Renten-versicherung	**Arbeitslosen-versicherung**	**Kranken-versicherung**	**Pflege-versicherung**	**oder pauschal (an Bundes-knappschaft)**	

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Monat	**Jahr**	**Arbeitnehmer-Brutto**	**Sozialversicherungsbeiträge des Arbeitgebers**					**Sonstige Kosten**
			Renten-versicherung	**Arbeitslosen-versicherung**	**Kranken-versicherung**	**Pflege-versicherung**	**oder pauschal (an Bundes-knappschaft)**	
Summen:								

Datum
Unterschrift der Assistenznehmer/in

Datum
Unterschrift Arbeitsassistent/in