

**STUNDENNACHWEIS**  
**Arbeitsgelegenheiten (AGH)**

Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

Name:  
Vorname:

geb.:  
Anschrift:

Fallmanager/in:

Ansprechpartner/in in der Dienststelle: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Tag	Arbeits- stunden	Hdz.	Tag	Arbeits- stunden	Hdz.
1.			Übertrag		
2.			17.		
3.			18.		
4.			19.		
5.			20.		
6.			21.		
7.			22.		
8.			23.		
9.			24.		
10.			25.		
11.			26.		
12.			27.		
13.			28.		
14.			29.		
15.			30.		
16.			31.		
Übertrag			Summe:		

(Sollstunden. \_\_\_\_\_ )  
F. d. R.

geleistete Arbeitsstunden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel der Dienststelle

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum