

**Arbeitsassistentenz -**

Bewilligungsbescheid vom

**Tatsächliche Kosten zur Beschäftigung einer Arbeitsassistentenzkraft  
im Bewilligungszeitraum:**

Name der Assistentenzkraft: \_\_\_\_\_

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

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

Datum \_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Assistenznehmer/in

Datum \_\_\_\_\_  
 Unterschrift Arbeitsassistent/in