

**Persönliches Budget: Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für Menschen mit Behinderung**  
**Kreisverwaltung des Westerwaldkreises, Abteilung 4/41**

Name des Leistungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Assistent (und eventuell Träger): \_\_\_\_\_

Nachweis von Assistenzzeiten im Monat: \_\_\_\_\_

<b>Datum</b>	<b>Uhrzeit von</b>	<b>Uhrzeit bis</b>	<b>Gesamtstunden</b>	<b>Was wurde gemacht?</b> (Bitte in Stichpunkten kurz beschreiben, was gemeinsam erledigt oder unternommen wurde)	<b>Unterschrift Leistungsberechtigter</b>	<b>Unterschrift Assistent</b>

Summe der geleisteten Stunden: \_\_\_\_\_

<b>Datum</b>	<b>Uhrzeit von</b>	<b>Uhrzeit bis</b>	<b>Gesamtstunden</b>	<b>Was wurde gemacht?</b> (Bitte in Stichpunkten kurz beschreiben, was gemeinsam erledigt oder unternommen wurde)	<b>Unterschrift Leistungsberechtigter</b>	<b>Unterschrift Assistent</b>

**Summe der geleisteten Stunden:** \_\_\_\_\_