



Nachbarschaftshilfe  
des  
Sozialkreis  
Gottmadingen e.V.



**Tätigkeitsnachweis**

Name der Kundin / des Kunden		Telefon
Anschrift der Kundin / des Kunden		
Name der Helferin / des Helfers Anschrift		

Datum	Betreuungszeit von - bis	Zeitaufwand Std. / Min.	km	Tätigkeit	Unterschrift Helfer / -in	Unterschrift Kunde / -in

Unterschrift Kundin / Kunde:

Unterschrift Helferin / Helfer: