Anlage 1 zum Antrag auf Investitionskostenzuschuss für amb. Pflegedienste vom _____

Stadt Ingolstadt

Personalstand in den Bereichen Pflege und Hauswirtschaft zum 31.12.20___

Name des Pflegedienstes: _____
Blatt ___/___

Name und Vorname des(r) Mitarbeiters(in)	Berufsbezeichnung [1] bzw. Funktion	Eintritt	Austritt	Anzahl der Beschäftigungsstunden[2] wöchentlich	monatlich	Bearbeitungsfeld nicht auszufüllen

1 KS = Krankenschwester, KP = Krankenpfleger, KPH = Krankenpflegehelfer/in, AP = Altenpflege/in, APH = Altenpflegehelfer/in, HW = Hauswirtsch. Fachkraft, H = Helfer
2 Bei hauptberuflichen Beschäftigten bitte die wöchentliche Stundenzahl angeben, ansonsten die monatlichen Arbeitsstunden.