

**Nachweis Personalkosten für das Jahr**

Einrichtung	Träger
-------------	--------

Name des Mitarbeiters		
VbE		
tätig von - bis		
Tarif	Gruppe	Stufe

Name des Mitarbeiters		
VbE		
tätig von - bis		
Tarif	Gruppe	Stufe

Name des Mitarbeiters		
VbE		
tätig von - bis		
Tarif	Gruppe	Stufe

Name des Mitarbeiters		
VbE		
tätig von - bis		
Tarif	Gruppe	Stufe

gezahlt	Brutto	SVAG	Summe	Brutto	SVAG	Summe	Brutto	SVAG	Summe	Brutto	SVAG	Summe	Gesamt
Januar													
Februar													
März													
April													
Mai													
Juni													
Juli													
August													
September													
Oktober													
November													
Dezember													
Zuwendung													
BG													
<b>Summe</b>													