

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	Gesamt									
Januar													
Februar													
März													
April													
Mai													
Juni													
Juli													
August													
September													
Oktober													
November													
Dezember													
Zuwendung													
BG													
Summe													