|  |  |
| --- | --- |
|  | Amt für VolksschuleDavidstrasse 319001 St.GallenT +41 58 229 34 32T +41 58 229 59 51 |

**Abrechnung Heilpädagogische Früherziehung**

|  |  |
| --- | --- |
| von / bis |       |

**Angaben zur Beratungs- und Behandlungsstelle**

|  |  |
| --- | --- |
| Name / Adresse |       |
|  |       |

**Angaben zum Kind**

|  |  |
| --- | --- |
| Name / Vorname |       |
| Geburtsdatum |       |
| Wohnadresse |       |

**Rechnungsstellung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       | à Fr. 25.– | Fr.       |
|       | km à Fr. 0.65 | Fr.       |
|  | Total | Fr.       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |  |

Rote Einzahlungsscheine können nicht mehr eingereicht werden. Die Zahlungsverbindung ist auf dem Rechnungsbeleg zu vermerken.

**Rapport**

 Erhebungen der Früherzieherin

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 |  | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Datum | **Behandlung / Besprechung mit Eltern**(00.00 – 00.00) | Datum und **Unterschrift** Eltern |  | effektive Behandlungszeit (Spalte 2) | zusätzl. Inanspruch-nahme (max. 33 % von Spalte 4) | Reisezeit effektiv(bis max. 30 Min.) | = verrechenbarer Arbeitsaufwand in Minuten (Summe Spalte 4, 5, 6) | = Anzahl Einheitenà 15 Min. (Spalte 7 gerundet auf volle Viertelstunden) | FahraufwandAnzahl km(Auto) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Total von Spalte 8 und 9 auf die erste Seite übertragen |  |  |