



Absender / Sprecherrat LAG Betreuungsvereine:

---

---

---

KoFaB 2

Kofab2@caritas-wetzlar-lde.de

Caritasverband Wetzlar  
Goethestraße 13  
35578 Wetzlar

**Antrag auf Aufwandsentschädigung des LAG Sprecherrats der Betreuungsvereine Hessen**

Bei der „Kordinierungsstelle Fachberatung Betreuungsvereine Hessen“ bzw. KoFaB 2, beantragen wir für den Betreuungsverein,

---

---

im Rahmen der Mitarbeit beim Sprecherrat der LAG Betreuungsvereine die Erstattung der Aufwandsentschädigung in Höhe von insgesamt \_\_\_\_\_ € inklusive Fahrtzeit, dies sind \_\_\_\_\_ Stunden zu je 44, 00 € (incl. Nebenkosten und Steuern).

Die Sitzung fand am: \_\_\_\_\_ statt in \_\_\_\_\_

bitte an folgende Bankverbindung überweisen.:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen

---

Ort, Datum

---

Unterschrift