

Einsatzbestätigung für Dolmetscher:innen / Kommunikationsassistent:innen

Rechnungsempfänger (bitte ankreuzen) LWL-Inklusionsamt Arbeit LWL-Inklusionsamt Arbeit KAoA-STAR Fachstelle für behinderte Menschen im Beruf SiKAAktenzeichen / Auftragsnummer:

_____**1. Person mit Hörbehinderung:**

Name, Vorname: _____

2. Dolmetscher:in /Kommunikationsassistent:in:

Name, Vorname: _____

3. Angaben zum Einsatz:Doppeleinsatz: Ja Nein

Einsatzanlass: _____

Datum: _____

Dauer: _____ bis _____
(Beginn Uhrzeit) (Ende Uhrzeit)

Einsatzort: _____

Bemerkungen:**Hiermit bestätige ich den o. g. Einsatz:**_____
Unterschrift Mensch mit Hörbehinderung_____
Unterschrift Dolmetscher:in / Kommunikationsassistent:in**Bei Doppeleinsatz:**_____
Name, Vorname_____
Unterschrift Co-Dolmetscher:in