

Vermittlung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern für Beschäftigte mit Hörbehinderung



Bitte senden an:

Tel.: 0251-6185-150, Fax: 0251-6185152, Email: SiKA@parisozial-muensterland.de

IFD Budget

	Name IFD	Name Firma	Einsatzort
Adresse/ Einsatzort			
Kontaktperson			
Telefon/ Mobil			
Fax			
Email			
Inklusionsbetrieb		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	

Name der Person/en mit Hörbehinderung	Email Adresse	Einwilligungserklärung zum Datenschutz liegt vor
		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Hiermit bitten wir um Buchung und Kostenübernahme von **Dolmetscherinnen und Dolmetschern** für obige Person/en mit Hörbehinderung für folgenden Einsatz:

Datum: _____ Beginn: _____ Uhr Ende: _____ Uhr

Anlass des Einsatzes: _____

- komplexe Kommunikation
- kommunikativ schwierige Klientel
- neue IFD Fachkraft
- Bekanntmachung der Leistung
- prof. Dolmetscherin/Dolmetscher gewünscht

Dolmetscherin oder Dolmetscher:

Co-Dolmetscherin oder Dolmetscher:

- Dolmetscherin/Dolmetscher schon abgestimmt.
- Doppeleinsatz

Sprachform: Gebärdensprache
 DGS LBG viel Voicen

Schriftsprache
 konventionell Texterfassung

Datum: _____

 Unterschrift IFD

Anlagen:

- Kopie des/der Schwerbehindertenausweise/s (sofern diese/r der **SiKA** noch nicht vorliegt)
- Einverständniserklärung Kontakt IFD und Datenschutzvereinbarung (sofern diese/r der **SiKA** noch nicht vorliegt)

SiKA

Sichere Kommunikation am Arbeitsplatz i.A. des LWL-Inklusionsamts Arbeit
 Parisozial Münsterland gGmbH, Dahlweg 112, 48153 Münster