

# Vermittlung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern für Beschäftigte mit Hörbehinderung



Bitte senden an:

Tel.: 0251-6185-150, Fax: 0251-6185152, Email: [SiKA@parisozial-muensterland.de](mailto:SiKA@parisozial-muensterland.de)

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

Name der Beschäftigten (hörbehindert)	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
		<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 Beschäftigte mit Hörbehinderung für folgenden Einsatz:

Datum: \_\_\_\_\_ Beginn: \_\_\_\_\_ Uhr Ende: \_\_\_\_\_ Uhr

Anlass des Einsatzes: \_\_\_\_\_

Inhalt: \_\_\_\_\_

Sonstiges/Infos: \_\_\_\_\_

Sprachform:  Gebärdensprache  Schriftsprache  
 DGS  LBG  viel Voicen  konventionell  Texterfassung

Termin mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern bereits abgestimmt. Bitte beauftragen Sie:

Name/n: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift u. Stempel Firma

## 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