Antragsformular – Sprach- und Integrationsmittler/in für den Bildungs- , Sozial- und Gesundheitsbereich



Einsatzgebiet: Darmstadt und Landkreis Darmstadt-Dieburg

1. Auftraggeber

Institution:		
Abteilung/Station:		
Adresse:		
Ansprechpartner/in:		
E-Mail:	Telefon:	Fax:
2. Klient/in		
	Muttersprache:	M: W: Alter:
Sonstige Sprachen:	wattersprache.	
Grund des Einsatzes:		
		······································
Adresse des Einsatzes (falls abw Kontaktperson vor Ort: Institution: Adresse: Telefon: Der/die Sprach- und Integrationsmittler/in könner	n die gerichtlich vereidigten Dolmetsch 4. Bestätigung de (nach erfolgtem Einsa	er in rechtlich relevanten Fällen nicht ersetzen. es Einsatzes etz, 1 – max.5 Stunde(n), bitte jeweils
	separat unterzeichner	1)

Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Roten Kreuz Darmstadt-Stadt, dem Interkulturellen Büro der Wissenschaftsstadt Darmstadt und dem Interkulturellen Büro des Landkreises Darmstadt-Dieburg