

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

Einsatzgebiet: Darmstadt und Landkreis Darmstadt-Dieburg



1. Auftraggeber/in

Institution:		
Abteilung/Station:		
Adresse:		
Ansprechpartner/in:		
E-Mail:	Telefon:	Fax:

2. Klient/in

Nationalität:	Muttersprache:	M: <input type="checkbox"/>	W: <input type="checkbox"/>	Alter:
Sonstige Sprachen:				

Wir bitten am.....um.....Uhr um den Einsatz von einem/einer Sprach- und Integrationsmittler/in für die Sprache:.....

Grund des Einsatzes:.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum:..... Unterschrift:.....

Adresse des Einsatzes (falls abweichend):
 Kontaktperson vor Ort:.....
 Institution:.....
 Adresse:.....
 Telefon:

Der/die Sprach- und Integrationsmittler/in können die gerichtlich vereidigten Dolmetscher in rechtlich relevanten Fällen nicht ersetzen.

3. DRK-Koordinationsstelle

4. Bestätigung des Auftraggebers

(nach erfolgtem Einsatz, 1 – max.5 Stunde(n), bitte jeweils separat unterzeichnen)

<p>Fax: 06151 / 3606-659 Mail: sprachinteg@drk-darmstadt.de</p> <p>Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Darmstadt-Stadt e.V. Migrationsdienst Mornewegstr. 15 64293 Darmstadt</p>	<p>Sprachmittler/in:.....</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Einsatz am:</th> <th style="width: 25%;">Einsatz- stunden:</th> <th style="width: 50%;">Unterschrift des Auftraggebers:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Einsatz am:	Einsatz- stunden:	Unterschrift des Auftraggebers:															
Einsatz am:	Einsatz- stunden:	Unterschrift des Auftraggebers:																	

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