

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

Nationalität:	Muttersprache:	M: <input type="checkbox"/> W: <input type="checkbox"/> Alter:
Präsenz <input type="checkbox"/>	Telefonkonferenz <input type="checkbox"/>	Videokonferenz <input type="checkbox"/>
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 Einsatzes

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

Fax: 06151 / 3606-659 Mail: sprachinteg@drk-darmstadt.de Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Darmstadt-Stadt e.V. Migrationsdienst Telefon: 06151 - 3606-653 Mornewegstr. 15 64293 Darmstadt	Sprachmittler/in:.....		
	Einsatz am:	Einsatzstunden:	Unterschrift des Auftraggebers:

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