

Stundennachweis

über die Inanspruchnahme von Übersetzungsleistungen im Rahmen des Sprachmittlerpools

Name, Vorname (Haushaltsvorstand)
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
Name des/der Übersetzenden
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Die Tätigkeit des/der Übersetzenden ist grundsätzlich ehrenamtlich. In der Regel wird eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 10,00 Euro/Stunde plus 5,00 Euro Fahrtkostenpauschale gezahlt. Der Stundennachweis ist spätestens 4 Monate nach Auftragsausführung einzureichen, da ansonsten der Anspruch auf Zahlung der Aufwandsentschädigung verfällt.

Datum	Grund der Übersetzung	von	bis

Bestätigung durch den/die Antragstellende(n)/die Gemeinde bzw. Arztpraxis:

(Bei Vorliegen der ärztlichen Bescheinigung über die Anwesenheit des Patienten [ausgefüllte Rückseite oder diesem Stundennachweis beigelegt] ist eine Unterschrift nicht erforderlich.)

Unterschrift

Bankverbindung des/der Übersetzenden

IBAN	BIC
Name der Bank	Name des/der Kontoinhabenden

Ort, Datum	Unterschrift des/der Übersetzenden
------------	------------------------------------

Abrechnungsstelle:

Landkreis Oldenburg
Hauptamt - Integration
Delmenhorster Straße 6
27793 Wildeshausen

Anwesenheitsbestätigung

Zur sprachlichen Unterstützung bei der Behandlung der Patientin / des Patienten

(Name des Patienten / der Patientin)

war die Sprachmittlerin / der Sprachmittler heute in der Zeit von _____ Uhr bis _____ Uhr
in unserer Praxis anwesend.

Die Patientin / der Patient ist nicht erschienen. Die Sprachmittlerin / der Sprachmittler wartete in
der o. a. Zeit auf das Eintreffen der zu behandelnden Person.

(Ort, Datum)

(Stempel Arztpraxis / Unterschrift)