



Interkulturelle Dolmetschende (Name, Adresse

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

An das  
Landratsamt Biberach, **Jugendamt**  
Rollinstr. 9  
88400 Biberach

### Unkostenerstattung interkulturelle Dolmetschende – iDol

Hiermit bestätige ich die Dolmetschertätigkeit für:

Klient/in (Name) \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Bei (Institution): \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in: \_\_\_\_\_

Betreuer/in       Vormund       allg. sozialer Dienst

Einsatzdatum: \_\_\_\_\_

Pauschale Aufwandsentschädigung in Höhe von 10,00 € (pro Einsatz / 90 min.)

Bitte überweisen Sie den o.g. Betrag auf folgendes Konto (Verwendungszweck: Dolmetschen)

Name Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Unterschrift Dolmetschende: \_\_\_\_\_

### Bestätigung für Dolmetschertätigkeit bei Arztbesuchen (von Arzt/Praxis auszufüllen)

Termin bei einem Allgemeinärztin/-arzt oder Fachärztin/-arzt (Name)

Termin im Rahmen einer Psychotherapie

Am (Datum) \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Uhrzeit)

Die Hinzuziehung eines Dolmetschenden war aus medizinischer Sicht notwendig:

ja       nein

Stempel/Unterschrift Ärztin/Arzt bzw. Praxis \_\_\_\_\_