

Stundennachweis

über die Inanspruchnahme von Übersetzungsleistungen
im Rahmen des Sprachmittlungspools



Name, Vorname (Haushaltsvorstand)	
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Name u. Geb.-Datum des/der Übersetzenden	- Bitte leserlich (DRUCKSCHRIFT) schreiben!
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	

Die Aufwandsentschädigung für die ehrenamtliche Tätigkeit beträgt für die erste Stunde 15,00 €. Für jede weitere angefangene halbe Stunde bezahlen wir 5,00 €.

plus Fahrtkostenpauschale:

innerhalb der Wohnsitzgemeinde:	5,00 €
außerhalb der Wohnsitzgemeinde bis zum 33. gefahrenen Kilometer:	10,00 €
außerhalb der Wohnsitzgemeinde ab dem 34. gefahrenen Kilometer:	0,30 € / km
zusätzlich ab einer Fahrtdauer von 31 Minuten (einfache Fahrt):	5,00 € / angef. halbe Stunde

Der Stundennachweis ist spätestens 4 Monate nach dem Einsatz einzureichen. Später eingegangene Stundennachweise werden wir nicht auszahlen.

Datum	Grund der Übersetzung	von	bis	gefahrte Kilometer	Zeitaufwand f. Fahrt

Zur Abrechnung der Einsätze in **Arztpraxen/Krankenhäusern** muss die **Rückseite** unbedingt ausgefüllt/gestempelt sein!

Bestätigung durch Antragsteller/-in

Stempel und Unterschrift Antragsteller/-in

Bankverbindung des/der Übersetzenden

IBAN	BIC
Name der Bank	Name der/des Kontoinhaberin/Kontoinhabers

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

Wir rechnen nur **vollständig ausgefüllte** Stundennachweise ab. Diese senden Sie bitte an:

sprachmittlung@oldenburg-kreis.de (Achtung, neue E-Mail-Adresse!)

oder

Landkreis Oldenburg
Fachstelle Integration
Delmenhorster Straße 6
27793 Wildeshausen



Anwesenheitsbestätigung in Arztpraxen/Krankenhäusern

Zur sprachlichen Unterstützung bei der Behandlung der Patientin/des Patienten

(Name der Patientin/des Patienten)

war der/die Sprachmittler/-in 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 oben angegebenen Zeit auf das Eintreffen der zu behandelnden Person.

(Ort, Datum)

(Stempel Arztpraxis, Unterschrift)

Bitte beachten Sie:
Unsere Sprachmittelnden sind als
Laiendolmetscher EHRENAMTLICH im Einsatz!