



Gebärdensprachdolmetscher-Auftrag / -Abrechnung

(Gemäß der Vereinbarung über die Kostenübernahme bei Inanspruchnahme von Gebärdensprachdolmetschern durch Gehörlose aus medizinischen Gründen vom 1. Mai 2008)

Gebärdensprachdolmetscher/-in:

Anschrift des Dolmetschers:

Einsatzort: Zweck:

Datum:

| | | | | | | |
|------------------------------|-----|----------------------|-----|----------------------|-----|---|
| a) Dolmetschzeit: | von | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | Uhr | |
| b) Wartezeit / Pause: | von | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | Uhr | Grund: <input type="text"/> |
| c) Fahrtzeit zum Einsatzort: | von | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | Uhr | / vom Einsatzort: von <input type="text"/> bis <input type="text"/> Uhr |

Unterschrift des Gebärdensprachdolmetschers

Name und Anschrift der Krankenkasse

| | | |
|---------------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name des/der Versicherten | Vorname | geb. am |

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ehegatte/Kind | Vorname | geb. am |

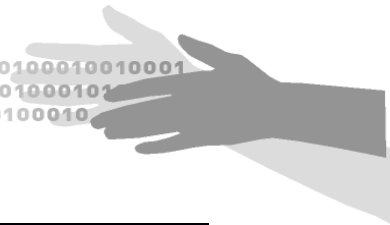
Versicherungsnummer

Status: Mitglied Familienmitglied Rentner/-in

Anschrift des/der Versicherten

Unterschrift des/der Versicherten

| |
|--|
| <p>Bestätigung:</p> <p>Es wird hiermit bestätigt, dass der/die Dolmetscher/-in seinen/ihren Auftrag erfüllt hat. Der Gebärdensprachdolmetschereinsatz war aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich.</p> <p>_____ Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes</p> |
|--|



Abrechnung

a) Einsatzzeit (= Dolmetschzeit / Wartezeit / Fahrtzeit):

Stunden a` EURO = EURO

b) Fahrtkosten:

öffentliches Verkehrsmittel (Beleg liegt bei) = EURO

PKW km a` EURO = EURO

c) Besteht Umsatzsteuerpflicht JA NEIN

Finanzamt: Steuernummer:

Mwst. % = EURO

Gesamt = EURO

Es wird um Überweisung des Gesamtbetrages auf mein/unser Konto gebeten:

Institutionskennzeichen (IK):

- Weitere Angaben sind nur erforderlich, soweit kein Institutionskennzeichen vergeben ist -

Kto.:

BLZ:

Bankverbindung:

Datum, Unterschrift des Gebärdensprachdolmetschers