



Interkulturelle Dolmetschende (Name, Adresse)

Ort, Datum

An das
Landratsamt Biberach, **Amt für Flüchtlinge und Integration**
Leistungsgewährung nach dem AsylbLG
Rollinstr. 9
88400 Biberach

Unkostenerstattung interkulturelle Dolmetschende – iDol

Hiermit bestätige ich die Dolmetschertätigkeit für:

Klient/in (Name) _____ geb. _____

Anschrift: _____

Bei (Institution): _____

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 Dolmetscher: _____

Bestätigung für Dolmetschertätigkeit bei Arztbesuchen (von Arzt/Ärztin bzw. Praxis auszufüllen)

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

Termin im Rahmen einer Psychotherapie

am (Datum) _____ von _____ bis _____ (Uhrzeit)

Die Hinzuziehung eines/r Dolmetschenden war aus medizinischer Sicht notwendig:

ja nein

Stempel/Unterschrift Ärztin/Arzt bzw. Praxis _____