

### Antrag für einen Gebärdensprachdolmetscher\*inneneinsatz

Angaben zum hörbehinderten Menschen		
Name, Vorname	Grad der Behinderung	
Wohnanschrift	Telefon	E-Mail
	Fax	
Angaben zum*zur Arbeitgeber*in		
Name, Anschrift	Ansprechperson	Telefon
		E-Mail
		Fax
Angaben zum Einsatzort (falls abweichend)		
Name, Anschrift	Ansprechperson	Telefon
Ggf. Treffpunkt mit Dolmetscher*in		E-Mail
		Fax
Angaben zum Dolmetscher*inneneinsatz		
Thema, Anliegen, Zweck der Veranstaltung	Datum, Uhrzeit	Voraussichtliche Dauer
Wünschen Sie eine*n bestimmte*n Dolmetscher*in?	Voraussichtliche Anzahl der teilnehmenden Personen	
<input type="checkbox"/> ja, Name: _____		
<input type="checkbox"/> nein		
Angaben zum Arbeitsverhältnis		Angaben zum Lohnkostenzuschuss
<input type="checkbox"/> unbefristet seit _____	<input type="checkbox"/> Lohnkostenzuschuss wird nicht gezahlt <input type="checkbox"/> Lohnkostenzuschuss wird gezahlt (z. B. Eingliederungszuschüsse von Agentur für Arbeit, ARGE, Jobcenter, Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft)	
<input type="checkbox"/> befristet von – bis _____		
<input type="checkbox"/> sonstiges (z.B. ABM, Trainingsmaßnahme, Probebeschäftigung):		
wöchentliche Arbeitszeit: _____ Stunden		

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in