



AMT:

## Kommunales Integrationszentrum Zentraler Sprachmittlungs- und Übersetzungsdienst – geleistete Einsätze bzw. Aufträge

Name des Übersetzers/in:

Monat/Jahr:

Adresse:

IBAN:

Bitte geben Sie im Eigenbeleg unter Rechnungsnummer den Text „Übersetzungsleistung“ an!

Organisations-Einheit	Datum	Uhrzeit (von/bis) bzw. Zeilen (53 Anschläge)	<u>Übersetzungsart:</u> a) Mündlich: Ort, Anlass b) Schriftlich: Aktenzeichen c) Telefonisch: Sachbearbeiter/in	Unterschrift Sprachmittler/in	Ausschluss von Rechtsfolgen	Anzahl der TN inkl. Kinder	Name und Unterschrift Verwaltung bzw. Auftraggeber/in	<u>Honorar:</u> a) 7,50 € /1/2Std. inkl. Fahrtkosten b) 1€/Zeile (53 Anschläge) c) 7,50€/30 M.

Geleistete Übersetzungsarbeiten ausschließlich im Auftrag städt. Einrichtungen bzw. in Begleitung städtischer Mitarbeiter/-innen  
Gespräche mit Rechtsfolgen, zu AO-SF- Verfahren und prozesshafte Begleitung sind gemäß Richtlinien des MKFFI ausgeschlossen!