



AMT /Einrichtung:

Kommunales Integrationszentrum 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)	<u>Übersetzungsart:</u> a) Mündlich: Ort, Anlass b) Telefonisch: Sachbearbeiter/in	Unterschrift Sprachmittler/ in	Sprache	Anzahl der TN inkl. Kinder	Name und Unterschrift Verwaltung bzw. Auftraggeber/in Es besteht ein Ausschluss von Rechtsfolgen! *	<u>Honorar:</u> a) 10,00 €/30 Min. b) 10,00€/30 Min. * Fahrtkosten

***Fahrtkosten** werden nicht mehr separat abgerechnet: bitte gesamte Einsatzzeit eintragen (Abfahrt bis Rückkehr, max. 1 Std. Wegezeit)

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!