

Ausfallentschädigung für einen Gebärdensprachdolmetschereinsatz im Rahmen der Begleitenden Hilfe nach § 185 SGB IX

Datum des Einsatzes:		
Name des Dolmetschers:		
Anschrift des Dolmetschers:		
Bankverbindung (sofern dem Integrationsamt noch nicht bekannt):	IBAN	
Datum der Absage:		
abgesagt durch:	Arbeitgeber	Arbeitnehmer
Grund der Absage:		

Ausfallzeit:

Auftrag vom (bitte Kopie beifügen):		
Uhrzeiten bitte mit Doppelpunkt		
beauftragte Dolmetschzeit 1. Tag von		Uhr bis <input type="text"/> Uhr

Pauschale Erstattung für eintägigen Einsatz mit einer beauftragten Dolmetschzeit von bis zu einer Stunde: 85 € bis zu 3 Stunden: 170 € ab der angefangenen 4. Stunde: 255 €	<input type="text"/> <input type="text"/>
---	--

beauftragte Dolmetschzeit 2. Tag von		Uhr bis <input type="text"/> Uhr
--------------------------------------	--	----------------------------------

Pauschale Erstattung bei mehrtägigen Einsätzen Ausfallpauschale für den zweiten Tag bis zu einer Stunde: 85 € bis zu 3 Stunden: 170 € ab der angefangenen 4. Stunde: 255 €	<input type="text"/> <input type="text"/>
--	--

Fahrtzeit (soweit entstanden):

Gesamtstrecke nach Routenplaner falls der Einsatzort tatsächlich aufgesucht wurde bis zu 50 km: 60 €; bis zu 100 km: 100 € bis zu 170 km: 150 €; ab 171 km: 200 €	<input type="text"/> km <input type="text"/>
--	---

Fahrtkosten - bei Pkw-Nutzung (soweit entstanden):

Gesamtkilometer nach Routenplaner à 0,35 €/km	<input type="text"/> km <input type="text"/>
Bemerkungen:	

Fahrtkosten - (öffentliche Verkehrsmittel):

lt. beigefügter Fahrkarte	<input type="text"/>
Sonstige Fahrtkosten (z.B. Parkgebühren)	<input type="text"/>
Gesamtsumme (Netto):	<input type="text"/>

Ort, Datum

Unterschrift