

Name des
Gebärdensprachdolmetschers

Bestätigung der Dolmetschzeit zur Vorlage beim LWV Hessen Integrationsamt

Anschrift Arbeitgeber (Straße, PLZ, Ort)		
Anschrift Einsatzort (Straße, PLZ, Ort) – wenn abweichend -		
Anlass		
Datum des Einsatzes	Beginn der Dolmetschzeit	Ende der Dolmetschzeit

Bitte vom Veranstalter/Arbeitgeber ausfüllen lassen!

Ort, Datum

Unterschrift des Veranstalters/Arbeitgebers

Name, Vorname der teilnehmenden hörbehinderten Personen	Unterschrift

Hinweis für den Gebärdensprachdolmetscher:
Bitte diese Bestätigung dem Berechnungsblatt beifügen!