

Antrag auf

Kostenerstattung für die Inanspruchnahme einer Dolmetscherin oder eines Dolmetschers beziehungsweise einer Kommunikationshelferin oder eines Kommunikationshelfers für die Deutsche Gebärdensprache

Antragstellerin/Antragsteller (Erziehungsberechtigte/r):

Name

Anschrift

Anlässlich des Elterngesprächs/Elternabends am _____
Datum Uhrzeit von...bis

in/mit

_____ in _____
Name der Kindertageseinrichtung/der Tagesmutter Ort der Einrichtung/der Tagespflegestelle

habe ich

eine/einen Dolmetscherin/Dolmetscher beziehungsweise eine/einen Kommunikationshelferin/
Kommunikationshelfers für die Deutsche Gebärdensprache benötigt.

Hierfür habe ich die Dolmetscherin/den Dolmetscher beziehungsweise die Kommunikationshelferin/
den Kommunikationshelfer

Name und Anschrift

beauftragt.

Sie/Er ist

Gebärdensprachdolmetscherin/Gebärdensprachdolmetscher beziehungsweise Kommu-
nikationshelferin/Kommunikationshelfer

- * mit nachgewiesener abgeschlossener Berufsausbildung für das ausgeübte Tätigkeitsfeld
- * Es sind _____ € Fahrtkosten entstanden (Belege beifügen).
- * Es wird Wegstreckenentschädigung für die Fahrt von der Wohnung zur
Einrichtung/Tagespflegestelle und zurück, das sind _____ Kilometer, in Höhe
von 0,30 €/km beantragt.

* ohne nachgewiesene abgeschlossene Berufsausbildung für das ausgeübte Tätigkeitsfeld.

* zutreffendes bitte ankreuzen

Hiermit bitte ich um die Erstattung der Kosten für den Einsatz einer Dolmetscherin/eines Dolmetschers bzw. einer Kommunikationshelferin/eines Kommunikationshelfers für die Deutsche Gebärdensprache entsprechend den in § 5 der Hessischen Kommunikationshilfenverordnung vom 29. März 2006 genannten Sätzen.

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto:

Kontoinhaber

Konto-Nr.

Name der Bank

Bankleitzahl

Eine Bestätigung der Einrichtung/der Tagespflegestelle über das stattgefundene Elterngespräch ist beigefügt.

Datum und Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Bitte zurück an:

**Regierungspräsidium Kassel
Dezernat 16
– Frau Lübeck –
Steinweg 6**

34112 Kassel

Bestätigung der Einrichtung/der Tagespflegestelle

Für die Kommunikation der hör- oder sprachbehinderten Eltern

Name der Eltern/des Elternteiles

des Kindes

_____ mit der Tageseinrichtung für Kinder/der
Name des Kindes

Tagespflegeperson anlässlich

Art der Veranstaltung, z.B. Elternabend oder Elterngespräch

am _____ in _____ von: _____ bis: _____
Datum Ort Uhrzeit

wurde eine/ein von den Eltern/dem Elternteil beauftragte/r
Gebärdensprachdolmetscherin/Gebärdensprachdolmetscher beziehungsweise
Kommunikationshelferin/Kommunikationshelfer
eingesetzt.

Ort, Datum, Unterschrift der Leitung der Tageseinrichtung/der Tagespflegeperson