



Erste Anfrage für die Beauftragung eines Schriftdolmetschers

Auftraggeber/-in:

Name: _____

Betrieb/Institution: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

<p>Grad der Hörschädigung:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> leichtgradig schwerhörig<input type="checkbox"/> mittelgradig schwerhörig<input type="checkbox"/> hochgradig schwerhörig<input type="checkbox"/> gehörlos<input type="checkbox"/> ertaubt	<p>Welche Kommunikationsformen nutzen Sie?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> DGS<input type="checkbox"/> LBG<input type="checkbox"/> Lormen<input type="checkbox"/> Braille<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
<p>Grad der Behinderung laut Feststellungsbescheid: _____%</p> <p><input type="checkbox"/> Schwerbehinderten gleichgestellt</p>	<p>Welche technischen Hörsysteme nutzen Sie?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hörgeräte<input type="checkbox"/> Hörbrille<input type="checkbox"/> CI<input type="checkbox"/> Hirnstammimplantat<input type="checkbox"/> BAHA<input type="checkbox"/> Tica- Hörsystem
<p>Weitere Einschränkungen oder Behinderungen (z.B. Sehbehinderung, Usher, NF 2): _____</p>	
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Schüler/Student<input type="checkbox"/> berufstätig wenn ja, beschäftigt als: _____ seit: _____<input type="checkbox"/> Einfachanrechnung bzgl. Schwerbehindertenausgleichsabgabe<input type="checkbox"/> Mehrfachanrechnung bzgl. Schwerbehindertenausgleichsabgabe<input type="checkbox"/> krank/berufsunfähig wenn ja, seit: _____<input type="checkbox"/> arbeitslos: wenn ja, seit: _____<input type="checkbox"/> Rentner wenn ja, seit: _____	
<p>Zusatzinformationen/Hinweise:</p>	

<p>Krankenkasse:</p> <p>Name: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>Telefon: _____</p> <p>Sachbearbeiter/in: _____</p> <p><input type="checkbox"/> generelle Bedarfsanmeldung bei der Krankenkasse ist erfolgt</p>
<p>Kostenträger:</p> <p>Name: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>Telefon: _____</p> <p>Sachbearbeiter/in: _____</p>

Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, bitten wir Sie noch um folgende Angaben:

Datum des Termins:	Anzahl der gehörlosen/schwerhörigen Teilnehmer:
Uhrzeit (Beginn/Ende der Veranstaltung):	Wie viele SD werden benötigt?
Ort der Veranstaltung:	Namen des/der SD Ihrer Wahl:
Ansprechpartner/in vor Ort:	gewünschte Übersetzung <input type="checkbox"/> wortwörtlich <input type="checkbox"/> zusammengefasst (inhaltlich vollständig)
<p>Art der Veranstaltung:</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsassistenz</p> <p><input type="checkbox"/> Aus-/Fort-/Weiterbildung</p> <p><input type="checkbox"/> Tagungen</p> <p><input type="checkbox"/> Workshop/Seminar</p> <p><input type="checkbox"/> Vortrag</p> <p><input type="checkbox"/> Diskussion</p> <p><input type="checkbox"/> Arztbesuch</p> <p><input type="checkbox"/> Behördengang</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiges: _____</p>	

Datum/Unterschrift

Wichtiger Hinweis: Bitte denken Sie rechtzeitig an die Bestellung des/der Schriftdolmetschers/in! Die Vorlaufzeit beträgt ca. 2 Wochen