



Auftrag für einen Schriftdolmetschereinsatz

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): _____</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>	

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

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)
Art der Veranstaltung: <input type="checkbox"/> Arbeitsassistenz <input type="checkbox"/> Aus-/Fort-/Weiterbildung <input type="checkbox"/> Tagungen <input type="checkbox"/> Workshop/Seminar <input type="checkbox"/> Vortrag <input type="checkbox"/> Diskussion <input type="checkbox"/> Arztbesuch <input type="checkbox"/> Behördengang <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	Wünschen Sie eine Mitschrift? <input type="checkbox"/> Mitschrift <input type="checkbox"/> Protokoll <input type="checkbox"/> analytisches Protokoll <input type="checkbox"/> sonstige Form: _____ <input type="checkbox"/> per e-mail <input type="checkbox"/> auf Papier ausgedruckt <input type="checkbox"/> auf CD <input type="checkbox"/> sonstiger Datenträger: _____

Datum/Unterschrift

Wichtiger Hinweis: Bitte denken Sie rechtzeitig an die Bestellung des/der Schriftdolmetschers/in! Die Vorlaufzeit beträgt ca. 3 Monate.