

**Übersetzungsleistungen müssen bis zum 20. des Folgemonats abgerechnet / eingereicht werden!**

**Übersetzungsleistungen für gewaltbetroffene geflüchtete Frauen**

**Abrechnungsformular** (bitte an [BIG Hotline](#); Postfach: 30 41 05; E-Mail: [verwaltung@big-hotline.de](mailto:verwaltung@big-hotline.de))

<b>Träger</b>	<b>Name</b>	
	<b>Straße</b>	
	<b>PLZ/Ort</b>	
<b>Einrichtung</b>	<b>Name</b>	
	<b>Straße</b>	
	<b>PLZ/Ort</b>	
<b>Antragstellende Mitarbeiter*in</b>		
<b>Dolmetscher*in</b>		

Der/die Dolmetscher\*in hat nachgewiesen, dass er/sie die nötige Qualifikation für die Gruppe \_\_\_\_\_ nach HonVSoz Abschnitt C hat (Unabhängig vom Stundensatz notieren Gemeindedolmetscher\*innen hier Gruppe 3). Der Qualifikationsnachweis liegt uns vor.

Beratungstermine müssen innerhalb eines Kalendermonats liegen!

Beratungsdatum	Beratungsdauer in Stunden	gezahlter Betrag in €	Rechnungsnummer d. Dolmetscherin	Geburtsjahr der Frau	Herkunftsland	Sprache	** j=ja n=nein

\*\* Bei der beratenen Frau handelt es sich um eine nach dem 01.01.2015 nach Berlin geflüchtete Frau.

Fahrtkosten und Mehrwertsteuerbeträge sind mit den zur Verfügung stehenden Honorarsätzen bereits abgedeckt.

Hiermit bestätige ich/bestätigen wir die Richtigkeit der o.g. Angaben. Die Rechnungskopie wird im Anhang mitgeschickt. Wir versichern, dass uns keine eigenen Gelder für Sprachmittlung zur Verfügung gestellt wurden.

Wir bitten um Überweisung auf das Konto bei folgender Bank \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Empfänger

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift antragstellende/r Mitarbeiter\*in

\_\_\_\_\_  
Stempel der Einrichtung