

# Leistungsnachweis für Pool 2

## Menschen mit Behinderung

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Name SprachmittlerIn: \_\_\_\_\_

Einsatzkontext:  Einrichtung/Beratungsstelle für  Geflüchtete  
 Menschen mit Behinderung  
 Ärztliche Behandlung

Name BeraterIn / BehandlerIn: \_\_\_\_\_

Adresse Einsatzort: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Patientenchiffre

--	--	--	--	--	--	--	--

Hinweis: Die Chiffre setzt sich zusammen aus dem ersten Buchstaben des Nachnamens & dem Geburtsdatum. Beispiel: Herr Mustermann, geb. 06.02.1967 wird zu M060267.

**1) Datum des Einsatzes:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Stunde ausgefallen  stattgefunden

Uhrzeit des Einsatzes: von \_\_\_\_:\_\_\_\_ bis \_\_\_\_:\_\_\_\_ Uhr Dauer Sprachmittlung \_\_\_\_ Minuten

**Unterschrift BehandlerIn / BeraterIn** \_\_\_\_\_

**2) Datum des Einsatzes:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Stunde ausgefallen  stattgefunden

Uhrzeit des Einsatzes: von \_\_\_\_:\_\_\_\_ bis \_\_\_\_:\_\_\_\_ Uhr Dauer Sprachmittlung \_\_\_\_ Minuten

**Unterschrift BehandlerIn / BeraterIn** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift SprachmittlerIn

Hinweis: Dieser Leistungsnachweis dient dem Nachweis aller erbrachten Sprachmittlungsleistungen bei ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungen im Auftrag von SEGEMI e. V. Die/der Sprachmittler/in ist verpflichtet, diesen Nachweis nach jeder erbrachten Leistung auszufüllen und in monatlichen Abständen gemeinsam mit der Rechnungsstellung unterschrieben an SEGEMI e. V., Ferdinandstraße 36, 20095 Hamburg zu übersenden. Der/die betreffende Behandler/in wird gebeten, die erbrachte Leistung mit ihrer/seiner Unterschrift zu bestätigen. Pro Einsatz werden unabhängig von der tatsächlichen Dauer mindestens 35 Euro zzgl. Anfahrtspauschale vergütet.