

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.