

Leistungsnachweis NEU

Beratungsstelle SEGEMI

Name Sprachmittler*In: _____

Adresse Einsatzort: Ferdinandstraße 36 | 5. OG | 20095 Hamburg

Nr.	Datum	Zeitraum von ...bis	Minuten	Einsatz in a) Erw. Akut b) Erw. AI c) KJP UNO d) Sonstige	Beraterin	Unterschrift Beraterin
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

_____, _____

Datum, Unterschrift Sprachmittler*In

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.