

Worte helfen Frauen!

Übersetzungsleistungen für geflüchtete Frauen

Abrechnungsbildung (bitte bei Gleichberechtigung und Vernetzung e.V. einreichen)

| | | |
|-------------|----------|--|
| Einrichtung | Name | |
| | Straße | |
| | PLZ/ Ort | |
| | E-Mail | |

| | | |
|---|--------------------------|---|
| Geburtsjahr der geflüchteten Frau | | |
| Herkunftsland | | |
| Sprache | | |
| Die beratene Frau ist nach dem 01.01.2015 nach Deutschland gekommen und erfüllt mindestens eine dieser weiteren Kriterien (bitte ankreuzen) | <input type="checkbox"/> | Wohnhaft in einer Notunterkunft oder Landesaufnahmeeinrichtung |
| | <input type="checkbox"/> | Empfängt Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz |
| | <input type="checkbox"/> | Bezieht Sozialleistungen zum Lebensunterhalt (nach Asylverfahren) |

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| Übersetzung (Die Schweigepflicht ist zu wahren.) | Name | |
| | Hintergrund / Qualifikation | |
| Beratungsdatum / -dauer | | |
| Vereinbarter Betrag in € (Mit der Zahlung dieses Betrags sind alle Ansprüche abgegolten. Die Versteuerung liegt in der Eigenverantwortung des Übersetzenden.) | | |
| Inhalt der Beratung / Veranstaltung (bitte ankreuzen oder ergänzen) | <input type="checkbox"/> | Berufsorientierung, Wirtschaft |
| | <input type="checkbox"/> | Gewalterlebnis |
| | <input type="checkbox"/> | Schwangerenberatung |
| | <input type="checkbox"/> | Gesellschaftliche, politische Teilhabe |
| | <input type="checkbox"/> | Gleichstellung |

Hiermit bestätige ich/ bestätigen wir die Richtigkeit der o.g. Angaben.

Wir bitten um Überweisung auf das Konto der Einrichtung:

Name der Bank

IBAN DE _____

BIC

Datum/ Unterschrift