

Dezernat 58, Aktenzeichen: 58 52 s 1027, Sachbearbeiterin: Frau Jakob

Antrag auf

Kostenerstattung für die Inanspruchnahme eines Kommunikationshilfedienstes, insbesondere für den Einsatz von Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetschern für hör- oder sprachbehinderte Eltern zur Unterstützung bei der Kommunikation mit den Kindertagesstätten und Tagespflegestellen

nach der Verordnung zur Ausführung des Hessischen Behinderten-Gleichstellungsgesetzes (HessBGGAV) vom 21.11.2014 und dem Hessischen Reisekostengesetz (HRKG) vom 09.10.2009

Antragstellerin/Antragsteller (Erziehungsberechtigte/r):

Name

Anschrift

Anlässlich des Elterngespräches/Elternabends am _____ Datum _____ Uhrzeit von-bis _____

in/mit

_____ in _____
Name der Kindertageseinrichtung/der Tagespflegeperson Ort der Einrichtung/der Tagespflegestelle

habe ich

eine/einen Dolmetscherin/Dolmetscher beziehungsweise eine/einen Kommunikationshelferin/-helfer oder eine/einen Kommunikationshilfeassistentin/-assistenten für die Deutsche Gebärdensprache benötigt.

Hierfür habe ich Frau/Herrn

Name

Straße und Hausnr.

PLZ und Ort

beauftragt.

Sie/Er ist

Gebärdensprachdolmetscherin/-dolmetscher beziehungsweise Kommunikationshelferin/-helfer

* mit nachgewiesener abgeschlossener Berufsausbildung für das ausgeübte Tätigkeitsfeld

* ohne nachgewiesene abgeschlossene Berufsausbildung für das ausgeübte Tätigkeitsfeld

Die einfache Wegstrecke zwischen Wohnort und Einsatzort beträgt ___ km.

* Es wurden öffentliche Verkehrsmittel benutzt (Belege beifügen).

* Es wurde ein Privat-PKW benutzt.

Die tatsächlich zurückgelegten Gesamt-km für den Einsatz betragen _____ km.

* Sonstige Kosten (z. B. Parkgebühren): € ... (Belege beifügen)

* ggf. zu entrichtende Umsatzsteuer: € (Belege beifügen)

oder

* Kommunikationsassistentin/-assistent (z.B. unterstützende Person aus dem familiären oder freundschaftlichen Umfeld der Antragstellerin/des Antragstellers ohne Qualifikation als Gebärdensprachdolmetscher)

* zutreffendes bitte ankreuzen

Hiermit bitte ich um Erstattung der Kosten für den Einsatz einer Dolmetscherin/eines Dolmetschers bzw. einer/eines Kommunikationshelferin/-helfers oder Kommunikationsassistentin/-assistenten für die Deutsche Gebärdensprache nach § 11 HessBGG und dem HRKG.

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto:

Kontoinhaber

Konto-Nr.

Name der Bank

Bankleitzahl

IBAN

BIC

Eine Bestätigung der Einrichtung/der Tagespflegestelle über das stattgefundene Elterngespräch ist beigefügt.

Datum und Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Bestätigung der Kindertageseinrichtung/der Tagespflegestelle

Für die Kommunikation der hör- oder sprachbehinderten Eltern

Name der Eltern/des Elternteils

des Kindes

_____ mit der Kindertageseinrichtung/der Tagespflegeperson
Name des Kindes

anlässlich

Art der Veranstaltung, z.B. Elternabend oder Elterngespräch

am _____ in _____ von: _____ bis: _____
Datum Ort Uhrzeit

wurde eine/ein von den Eltern/dem Elternteil beauftragte/r Gebärdensprachdolmetscherin/-dolmetscher beziehungsweise Kommunikationsshelferin/-helfer oder Kommunikationshilfeassistentin/-assistent eingesetzt.

Ort, Datum, Unterschrift der Leitung der Tageseinrichtung/der Tagespflegeperson