**Abrechnungsformular**

**Ehrenamtlicher Dolmetscherdienst Schorndorf**

Name Vorname Adresse

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D | E |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

IBAN Bankinstitut

Es werden folgende Einsätze abgerechnet:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | Uhrzeit (von, bis) | Anfordernde Person/ Institution | Ort | Anlass des Gesprächs | Schorndorfer Bürger, Ja/ Nein | Betrag in €  Wird von der Stadt ausgefüllt |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Bitte für jeden Einsatz eine Bescheinigung beilegen. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Datum, Unterschrift Dolmetscher/in**

*Alle grauen Felder werden vom Fachbereich Familie und Soziales ausgefüllt.*

Abrechnung bei FB 50 eingegangen am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geprüft durch: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Summe Betrag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_