Auftragsformular

Einsatz Sprach- und Kulturmittler\*innen (SKM)

wird von MigraMundi e. V. ausgefüllt

|  |  |
| --- | --- |
|        |  |

Bitte Ausfüllen (Pflichtfelder):

Auftraggeber (genaue Abteilung nennen)       Datum

|  |  |
| --- | --- |
|        |  RAG (Team)      |
| Ansprechpartner\*in | Name       Vorname       |
| Telefonnummer       | E-Mailadresse       |
| Rechnungsadresse |       |

Klient

|  |  |
| --- | --- |
| Name       | Vorname       |
| Alter       | Geschlecht: Weiblich [ ]  Männlich [ ]  |
| Telefonnummer |       |

Auftrag

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Muttersprache       |  | Sonstige Sprachen       |
| Datum des Gesprächs       |  | Uhrzeit des Gesprächs       |
|  | Mehrere Termine möglich wenn Ja, welche?      |
|  | Genaue Anschrift mit Zimmernummer, wo der Termin stattfindet      |

Umfang des Gesprächs: ca. 1 Stunde [ ]  ca. 2 Stunden [ ]  mehr als 3 Stunden [ ] sonstige [ ]

Kreuzen sie bitte an, welche Zusatzoptionen sie wünschen:

[ ]  Sprachmittler erwünscht [ ]  Sprachmittlerin erwünscht [ ]  Geschlecht egal

[ ]  Der Klient soll abgeholt werden. Wann und wo:

[ ]  Bekannte/r Sprachmittler\*in erwünscht:

[ ]  Der Klient vorher anrufen und über den Termin informieren

**Wichtig:** 24Std. Corona Schnelltest **Ja** [ ]  **Nein** [ ] (Ausgeschlossen geimpfte und genesene)

Wichtige Mitteilung:

wird von MigraMundi e. V. ausgefüllt:

Zeitumfang      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Klient war nicht da Gesendet an:     \_\_\_\_\_\_\_\_

FK:     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_An/AB:     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SKM\_     \_\_\_\_\_\_\_\_Tel.: 0176-376 067 58, Fax: 0611- 97 15 08 73, E-Mail: Sprach-Kulturmittler@migramundi.de