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