



An das
Landratsamt Schwäbisch Hall
-Amt für Migration-
Münzstraße 1
74523 Schwäbisch Hall

Antrag auf Übernahme der Kosten der Hinzuziehung eines Dolmetschers
und
Bescheinigung über die Notwendigkeit eines Dolmetschers für die Durch-
führung einer Akut-/Schmerzbehandlung

Für die medizinische Behandlung des nachstehend genannten Patienten:

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Anschrift)

Wurde/wird die Unterstützung eines Dolmetschers benötigt.

Tag der Behandlung: _____

Dauer der Behandlung: _____
(Stunden/Minuten)

Es wird ausdrücklich bestätigt, dass es sich um eine Akut-/Schmerzbehandlung handelte.

Hinweis: Die Übernahme der Kosten eines Dolmetschers für eventuelle Folgebehandlungen ist rechtzeitig im Vorfeld zu beantragen.

Angaben zum Dolmetscher:

(Name und Anschrift)

Die bewilligten Kosten für die Dolmetschertätigkeit sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

Name des Bankinstitutes: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber/-in: _____

Die Notwendigkeit und Dauer des Einsatzes wird hiermit bestätigt.

(Ort und Datum)

(Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes)