

**Antrag auf Kostenübernahme für
die Inanspruchnahme von Gebärd-Dolmetschleistungen**

Bitte rechtzeitig VOR einem Einsatz ausfüllen:

Antragsteller (Erziehungsberechtigte/r) _____

Name des/der SchülerIn: _____

Name der Schule und Ort: _____

Name d. Klassenlehrers/in: _____ Klasse: _____

Termin am: _____ Uhrzeit: _____

Die Leistung wird benötigt für: Elternabend Elterngespräch

sonstiges (bitte näher erläutern): _____

Folgender DolmetscherIn wurde beauftragt: _____
(Name und Anschrift)

Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit
der Angaben erklärt:

**Unterschrift
Erziehungsberechtigter/in**

**Unterschrift
Klassenlehrer/ggf. Schulleiter**

Bitte richten Sie den Antrag per E-Mail oder in Papierform an das Staatliche Schulamt.

vom zuständigen Schulamt VOR einem Einsatz auszufüllen:

Die Kostenübernahme (nach §10 HessBGGAV und Anlage) wird zugesagt:

Unterschrift der/des im Schulamt zuständigen Bearbeiters/in

von der zuständigen Schule NACH dem Einsatz auszufüllen:

Bestätigung des Anlasses

am: _____ von: _____ bis: _____

Ort: _____

**Unterschrift
Erziehungsberechtigter/in**

**Unterschrift
Klassenlehrer/ggf. Schulleiter**

*Bitte übergeben Sie das Schreiben mit Angaben zur Rechnungsstellung an den/die GebärdendolmetscherIn.
Füllen Sie bitte den unteren Teil dieser Seite aus und
geben Sie bitte an Ihre Schulleitung zur Weiterleitung an das Staatliche Schulamt.*