

**Vermittlung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern
für Beschäftigte mit Hörbehinderung**

Einwilligungserklärung

Bitte senden an:

Tel.: 0251-6185-150, Fax: 0251-6185152, Email: SiKA@parisozial-muensterland.de



	Firma	Kontaktperson
Adresse/ Einsatzort		
Telefon		
Fax		
Email		

Für folgende Person mit Hörbehinderung sollen regelmäßig Dolmetscheinsätze stattfinden - **Name der Person** und **Beschäftigungsbeginn**:

_____ Beschäftigungsbeginn: _____

Ich, _____, (Name Person mit Hörbehinderung)
bin damit einverstanden, dass der für mich zuständige IFD über den Dolmetschereinsatz informiert werden darf. Dieses gilt solange, bis ich der SiKA etwas anderes mitteile. (s. Anlage)

Ich, _____, (Name Person mit Hörbehinderung)
bin damit einverstanden, dass Dolmetscherinnen/Dolmetscher relevante Informationen zum Einsatz erhalten dürfen. Dieses gilt solange, bis ich der SiKA etwas anderes mitteile. (s. Anlage)

Unterschrift des Menschen mit Hörbehinderung

Betriebliche Kontaktperson: _____ **Tel.:** _____

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass der zuständige IFD über den Dolmetschereinsatz informiert werden darf. Dieses gilt solange, bis ich/wir der SiKA etwas anderes mitteile/n. (s. Anlage)

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass Dolmetscherinnen/Dolmetscher relevante Informationen zum Einsatz erhalten dürfen. Dieses gilt solange, bis ich/wir der SiKA etwas anderes mitteile/n. (s. Anlage)

Datum: _____

Unterschrift u. Stempel Firma

Anlage: Kopie des Schwerbehindertenausweises (sofern dieser der SiKA noch nicht vorliegt)

SiKA

Sichere Kommunikation am Arbeitsplatz i.A. des LWL-Inklusionsamts Arbeit
Parisozial Münsterland gGmbH, Dahlweg 112, 48153 Münster