

An das  
Sozialministeriumservice  
Zentrale Poststelle  
Gruberstraße 63  
4021 Linz

Eingangsstempel

**ANTRAG auf UNTERSTÜTZUNGEN FÜR SCHWERHÖRIGE UND GEHÖRLOSE MENSCHEN**

Übernahme von  Gebärdensprachdolmetschkosten  
 Schriftdolmetschkosten

aus Budgetmitteln im Rahmen der Beschäftigungsoffensive der österreichischen Bundesregierung

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN in Blau oder Schwarz ausfüllen

**ANTRAGSTELLENDENDE PERSON**

Vor-/Nachname:													
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> inter <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> keine Angabe										
Sozialversicherungsnummer:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
Adresse:													
PLZ:		Ort:											
SMS/E-Mail:													

**BANKVERBINDUNG der ANTRAGSTELLENDEN PERSON**

Bei der (Bank):																																			
lautend auf (Person):																																			
IBAN	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
(Achtung: IBAN nur vollständig, wenn alle Felder/Kästchen ausgefüllt sind)																																			
BIC	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<i>BIC und IBAN sind auf Ihrem Kontoauszug ersichtlich</i>																				

**ANGABEN ZUM DIENSTVERHÄLTNIS**

Firmenname:	
Firmenadresse:	

**DIENSTORT**

Firmenname:	
Firmenadresse:	

**ANGABEN ZUR DOLMETSCHENDEN PERSON**

Vor-/Nachname:	
----------------	--

Grunddaten bereits erfasst	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
----------------------------	---

Teamdolmetschung: Ja  Nein

**BEI TEAMDOLMETSCHUNG:  
ANGABEN ZUM WEITEREN DOLMETSCHENDEN PERSON**

Vor-/Nachname:	
Grunddaten bereits erfasst	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

**BESCHREIBUNG DES VORHABENS**

Ich bin gehörlos/schwerhörig und beantrage die Kostenübernahme für eine Gebärdensprachdolmetsch-/Schriftdolmetschleistung, da die Dolmetschung **beruflich notwendig** war.

Angelegenheit:	
Ort/Adresse der Dolmetschleistung:	

mehrmalige Leistung Ja  Nein

Datum (am):	von	bis

für mehrere Personen: Ja  Nein

Vor-/Nachname:	Adresse:	Versicherungsnummer:

Hinweis:

Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch das Sozialministeriumservice und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte erhalten Sie unter

[https://www.sozialministeriumservice.at/Finanzielles/Foerderungen/Arbeit\\_und\\_Ausbildung/Arbeit\\_und\\_Ausbildung.de.html#heading\\_Gebaerdensprachdolmetschkosten](https://www.sozialministeriumservice.at/Finanzielles/Foerderungen/Arbeit_und_Ausbildung/Arbeit_und_Ausbildung.de.html#heading_Gebaerdensprachdolmetschkosten)

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt. Auf die Gewährung einer Förderung besteht kein Rechtsanspruch. Ich verzichte auf eine schriftliche Enderledigung und bin damit einverstanden, dass der Gesamtbetrag der Dolmetschkosten an den/die Rechnungsleger/in überwiesen wird.

.....  
 (Ort, Datum) .....  
**Unterschrift der antragstellenden Person**  
bzw. der gesetzlichen Vertretung

Ich als **beschäftigendes Unternehmen/Ausbildungseinrichtung/veranstaltungsverantwortliche stelle /vortragende Person** bestätige die Inanspruchnahme der Dolmetschleistung im oben angeführten Zeitraum.

.....  
 firmenmäßige Unterfertigung/Unterschrift