

## Antrag (für Einrichtungen)

auf Gewährung einer finanziellen Unterstützung für Sprachmittler-,  
Dolmetscher- und Gebärdendolmetscherleistungen

<b>1. Antragstellende Einrichtung</b>			
Name der Einrichtung			
Straße / Hausnummer			
PLZ / Ort			
<b>2. Kontaktdaten Antragsteller<sup>1</sup></b>			
Ansprechpartner		E-Mail	
Telefon		Fax	
<b>3. Angaben zum minderjährigen Kind / Jugendlichen<sup>2</sup></b>			
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Staatsangehörigkeit			
Straße / Hausnummer			
PLZ / Ort			
<b>4. Angaben zur beantragten Sprachmittler- und Dolmetscherleistung<sup>2</sup></b>			
Termin		Uhrzeit	
Wo findet der Termin statt			
Straße / Hausnummer			
PLZ / Ort			
voraussichtliche Dauer der Leistung		(Angabe in Stunden)	
Dolmetscher- / Sprachmittler(büro)			
benötigte Fremdsprache			

## 5. Begründung der benötigten Leistung

## 6. Erklärung

- Die Angaben in diesem Antrag (einschließlich aller Anlagen) sind vollständig, richtig und der Wahrheit entsprechend.
- Mir ist bekannt, dass eine Kostenübernahme durch den Fachbereich Kinder, Jugend und Familie nach pflichtgemäßem Ermessen auf Grundlage der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel erfolgt und ein Rechtsanspruch auf Kostenübernahme nicht besteht.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

### Den vollständig ausgefüllten Antrag senden Sie bitte an:

Landeshauptstadt Potsdam  
Fachbereich Kinder, Jugend und Familie  
Bereich Vertrags- u. Verwaltungsmanagement  
14461 Potsdam

Bearbeiter Gabriele Brandt  
Telefon 0331 289 2308  
Fax 0331 289 84 2308  
E-Mail gabriele.brandt@rathaus.potsdam.de

<sup>1</sup> Die Kontaktdaten sind zwingend zu hinterlegen.

<sup>2</sup> Diese Felder sind zwingend auszufüllen.