

Antrag auf Kostenübernahme einer Sprachmittlerleistung für eine ärztliche oder zahnärztliche Behandlung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Hinweise: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte denken Sie daran, dass die Richtigkeit der Angaben durch Ihre Unterschrift oder die Ihres gesetzlichen Vertreters bestätigt werden muss (siehe letzte Zeile des Antrages). Lesen Sie sich das anliegende Merkblatt sorgfältig durch.

Antragsteller oder Antragstellerin			
Name, Vorname des Patienten oder der Patientin			
Geburtsdatum		Aktenzeichen	
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)			
Sprache			
gegebenenfalls Name und Anschrift des oder der Erziehungsberechtigten			
Termin geplanter Arztbesuch oder Zahnarztbesuch			
Arzt oder Ärztin, Zahnarzt oder Zahnärztin			
Arzt oder Ärztin: Anschrift			
Sprachmittlerdienst: Name, Vorname			
Sprachmittlerdienst: Anschrift			
Sprachmittlerdienst: E-Mail			

1. Ich beantrage die Kostenübernahme einer Sprachmittlerleistung für folgende ärztliche oder zahnärztliche Behandlung: ambulant | stationär

2. Warum kann diese ärztliche oder zahnärztliche Behandlung nicht ohne einen fachkundigen Sprachmittler erfüllt werden?

3. Ich habe meinem Antrag eine **Bescheinigung vom Arzt**, zur Erforderlichkeit eines Sprachmittlers, beigefügt.
Ja | nein
4. Gibt es Verwandte, Bekannte oder sonst nahestehende Personen, die Sie bei der ärztlichen Untersuchung begleiten können?
ja | nein , weil:

5. Ich bin damit einverstanden, dass dem Sprachmittlerdienst eine Kopie der Bewilligung übersandt wird und die Zahlung der Kosten der Sprachmittlertätigkeit direkt an den Sprachmittlerdienst erfolgt.
ja | nein

Erklärung: Diesen Antrag habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Wenn und solange ich Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) unverzüglich und unaufgefordert meinem zuständigen Sachbearbeiter im Bereich Soziale Leistungen und Integration mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Datum, Unterschrift

Abtretungserklärung: Im Fall einer Kostenübernahme durch Ihre Behörde trete ich meine Forderung gegenüber dem Landkreis Oder-Spree auf Erstattung der Sprachmittlerkosten gegenüber dem auf Seite 1 genannten Sprachmittlerdienst ab.

Datum, Unterschrift