|  |  |
| --- | --- |
| **Kommunales Integrationszentrum Kreis Gütersloh**  33324 Gütersloh  Fon 05241 85 1543,  sprachlotsen@kreis-guetersloh.de | **Durchführungsdatum:**  **Vorname/Name der Sprachlotsin / des Sprachlotsen:** |

**EINSATZBESTÄTIGUNG der Einrichtung / Institution, wo der Einsatz stattfand**

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen: (nach Möglichkeit sofort nach dem Einsatz abschicken, spätestens nach einer Woche)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name der Einrichtung |  | Verantwortliche Ansprechperson |  |
| Straße/Hausnummer |  | Anlass/  Themenbereich/  Grund |  |
| PLZ/Ort |  | Sprache |  |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | |  |  | | --- | --- | | **Zuständiges**  **Familienzentrum** | Borgholzhausen Halle Harsewinkel Herzebrock-Clarholz Langenberg Rietberg  Rheda-Wiedenbrück Schloss Holte-Stukenbrock Steinhagen Verl Versmold Werther |   (welches vermittelt hat) |  | | | | |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Abfahrt /**  **Beginn des Telefonats** | Uhr:  Ort: | **Ankunft am Einsatzort** | Uhr:  Ort: |
| **Ende des Einsatzes** | Uhr: | **Voraussichtliche Ankunft am Wohnort /**  **Ende des Telefonats** | Uhr: |
| **Gesamtdauer des Einsatzes inkl. der Fahrzeiten**:       Minuten | | | |
|  | | | |

|  |
| --- |
| **Anzahl der Einheiten\*:** |

**\*Anzahl der Einheiten (inkl. der Fahrzeiten): 1: bis 60 Minuten,**

**2: bis 120 Minuten, usw.**

**Wie viele Personen haben vom Einsatz profitiert:**

Die Voraussetzungen der Zuwendungsfähigkeit (siehe Buchungsanfrage) werden von der Einrichtung bestätigt:

Es handelte sich um eine mündliche Übertragung eines gesprochenen oder fixierten Textes, oder Gespräches.

Eine unmittelbare Rechtsfolge bestand nicht.

Sind Rechtsfolgen im Nachgang nicht auszuschließen, muss ein Kreuz gesetzt werden, sowie die dafür verantwortliche Person zu nennen.

Rechtsfolgen konnten nicht ausgeschlossen werden, deshalb wurde die Sprachlotsin / der Sprachlotse von einer hauptamtlichen Kraft der Einrichtung begleitet.

Bitte den Namen/Funktion/Institution angeben (siehe berufliches Setting, Punkt Nr. 2 der Buchungsanfrage):

Hiermit bestätigen wir die oben genannten Angaben (Einsatzzeiten und Zuwendungsfähigkeit).

**Name des verantwortlichen Mitarbeiters/-in der Einrichtung**

**bzw. des Empfängers der ehrenamtlichen Dienstleistung**

Beim ersten Mal oder wenn Änderungen erfolgt sind:

|  |
| --- |
| **Kontoverbindung der Sprachlotsin/des Sprachlotsen**  **Name:**  **IBAN:** |

Vollständigkeit und die formale Zuwendungsfähigkeit überprüft.

**Name des Mitarbeiters/-in des zuständigen Familienzentrums**

**ERLÄUTERUNGEN ZUM AUSFÜLLEN ÜBER QR-Code:**

|  |
| --- |
| Digitale Einsatzbestätigung war aus technischen Gründen nicht möglich |