

Staatsministerium für Soziales und
Gesellschaftlicher Zusammenhalt
Abteilung 1 | AG Abrechnung Impfzentren
Albertstraße 10
01097 Dresden

Wir bitten vorzugsweise um digitale Übermittlung an: Abrechnung_Impfzentren@sms.sachsen.de

Antrag auf Kostenerstattung für Gebärdensprachdolmetscherleistungen im Zuge einer COVID-19 Impfungen

1. Angaben Gebärdensprachdolmetscherin bzw. Gebärdensprachdolmetscher

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

E-Mail-Adresse: _____

2. Bestätigung des Impfzentrums/mobile Impfteams

Hiermit bestätigt das Impfzentrum, dass o.g. Gebärdensprachdolmetscherin bzw. Gebärdensprachdolmetscher zur

Erstimpfung von Name, Vorname: _____ Datum: _____

Zweitimpfung von Name, Vorname: _____ Datum: _____

Auffrischungsimpf. von Name, Vorn.: _____ Datum: _____

anwesend war.

3. Kostenerstattung

Ich bitte um Erstattung der Kosten auf folgendes Konto.

Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller):

IBAN: _____ BIC: _____

Geldinstitut: _____

entstandene Kosten in EURO: _____ (bitte Nachweis beifügen)

Ich versichere, dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind und ich zum Zwecke der Kostenerstattung mit der Verarbeitung meiner persönlichen Daten einverstanden bin.

Datum:

Unterschrift

4. Anlage: Rechnung(en) Gebärdensprachdolmetscherin bzw. Gebärdensprachdolmetscher