

**Antrag auf**

**Kostenerstattung für die Inanspruchnahme eines Kommunikationshilfedienstes, insbesondere für den Einsatz von Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetschern für hör- oder sprachbehinderte Eltern zur Unterstützung bei der Kommunikation mit den Kindertagesstätten und Tagespflegestellen**

nach der Verordnung zur Ausführung des Hessischen Behinderten-Gleichstellungsgesetzes (HessBGGAV) vom 21.11.2014 und dem Hessischen Reisekostengesetz (HRKG) vom 09.10.2009

Antragstellerin/Antragsteller (Erziehungsberechtigte/r):

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Anschrift

Anlässlich des Elterngespräches/Elternabends am \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit von....bis

in/mit

\_\_\_\_\_  
Name der Kindertageseinrichtung/der Tagespflegeperson in \_\_\_\_\_  
Ort der Einrichtung/der Tagespflegestelle

habe ich

eine/einen Dolmetscherin/Dolmetscher beziehungsweise eine/einen Kommunikationshelferin/-helfer oder eine/einen Kommunikationshilfeassistentin/-assistenten für die Deutsche Gebärdensprache benötigt.

Hierfür habe ich Frau/Herrn

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

beauftragt.

Sie/Er ist

Gebärdensprachdolmetscherin/-dolmetscher beziehungsweise Kommunikationshelferin/-helfer

\* mit nachgewiesener abgeschlossener Berufsausbildung für das ausgeübte Tätigkeitsfeld

\* ohne nachgewiesene abgeschlossene Berufsausbildung für das ausgeübte Tätigkeitsfeld

Die einfache Wegstrecke zwischen Wohnort und Einsatzort beträgt \_\_\_\_ km.

\* Es wurden öffentliche Verkehrsmittel benutzt (Belege beifügen).

\* Es wurde ein Privat-PKW benutzt.

Die tatsächlich zurückgelegten Gesamt-km für den Einsatz betragen \_\_\_\_\_ km.

\* Sonstige Kosten (z. B. Parkgebühren): € ... (Belege beifügen)

\* ggf. zu entrichtende Umsatzsteuer: € .... (Belege beifügen)

oder

\* Kommunikationsassistentin/-assistent (z.B. unterstützende Person aus dem familiären oder freundschaftlichen Umfeld der Antragstellerin/des Antragstellers ohne Qualifikation als Gebärdensprachdolmetscher)

\* zutreffendes bitte ankreuzen

Hiermit bitte ich um Erstattung der Kosten für den Einsatz einer Dolmetscherin/eines Dolmetschers bzw. einer/eines Kommunikationshelferin/-helfers oder Kommunikationsassistentin/-assistenten für die Deutsche Gebärdensprache nach § 11 HessBGG und dem HRKG.

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto:

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Konto-Nr.

\_\_\_\_\_  
Name der Bank

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

Eine Bestätigung der Einrichtung/der Tagespflegestelle über das stattgefundenere Elterngespräch ist beigefügt.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

**Bitte zurück an:**

**Regierungspräsidium Kassel  
Dezernat 16 - Frau Mohr -  
Steinweg 6  
34112 Kassel**

**Bestätigung der Kindertageseinrichtung/der Tagespflegestelle**

Für die Kommunikation der hör- oder sprachbehinderten Eltern

\_\_\_\_\_  
Name der Eltern/des Elternteils

des Kindes

\_\_\_\_\_ mit der Kindertageseinrichtung/der Tagespflegeperson  
Name des Kindes

anlässlich

\_\_\_\_\_  
Art der Veranstaltung, z.B. Elternabend oder Elterngespräch

am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
Datum Ort Uhrzeit

wurde eine/ein von den Eltern/dem Elternteil beauftragte/r Gebärdensprachdolmetscherin/-  
dolmetscher beziehungsweise Kommunikationshelferin/-helfer oder Kommunikationshilfeassistentin/-  
assistent eingesetzt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der Leitung der Tageseinrichtung/der Tagespflegeperson