

Fahrtkostenerstattung für ehrenamtliche Dolmetscher*innen von TranslAid

Vorname: _____ Nachname _____

Adresse: _____

IBAN: _____

Bank: _____

| Datum | Strecke von - bis | km | Fallnummer | ÖPNV* in € | PKW** in € |
|-------|-------------------|----|------------|---------------|---------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Gesamtbetrag: _____

Datum

Ich bestätige, dass diese Angaben richtig sind.
getätigt wurde.

Ich bestätige, dass der Einsatz tatsächlich

Unterschrift des*der Dolmetscher*in

Unterschrift von TranslAid

Bitte beachten: Es können nur tatsächlich anfallende Fahrtkosten und nur für tatsächlich geleistete Einsätze für TranslAid erstattet werden.

* Bitte Originalbeleg beifügen

** Kilometerpauschale von 0,30€

www.translaid.org