

Name, Vorname:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Wohnort:

Tel./E-Mail/Fax:

Impfzentrum:

## Antrag auf Kostenübernahme für Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetscher im Zuge meiner COVID-19 Impfung

Hiermit bitte ich um Kostenübernahme für die Gebärdensprachdolmetscherleistung im Rahmen meiner COVID-19 Impfung und versichere, dass ich bei der Kommunikation auf den Einsatz von DGS-Dolmetscherinnen bzw. DGS-Dolmetscher angewiesen bin.

Ich habe die Kosten vorgelegt und bitte um Erstattung der Kosten auf folgendes Konto:

IBAN:

Bank:

Kontoinhaber:in (falls abweichend)

Ich bitte um Abrechnung der Kosten direkt mit dem/der Dolmetschenden.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Diesem Antrag sind beizufügen:

- Die Rechnung der Gebärdensprachdolmetscherin oder des Gebärdensprachdolmetschers.
- Ein Nachweis, dass die Leistung aus Anlass einer Corona Schutzimpfung erfolgte.

**WICHTIG:** Die Kostenübernahme für Dritt- bzw. Auffrischungsimpfungen muss vor der Impfung mit dem HMSI abgestimmt werden und ist nur bei Impfungen außerhalb von Arztpraxen möglich.