

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Dolmetscherinnen und Dolmetscher,

das neue Jahr beginnt mit einem Wechsel. Ab sofort wird das Angebot der Vermittlung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern von der SiKA – **Sichere Kommunikation am Arbeitsplatz** - durchgeführt.

Wir freuen uns, ab dem 06.01.2020 das Angebot der Vermittlung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern im Arbeitsleben auf angepasster Vertragsgrundlage mit dem LWL-Inklusionsamt Arbeit neu starten zu können.

Für Sie ändert sich wenig. Neue Formulare wurden entwickelt, die wir Ihnen zeitnah zur Verfügung stellen werden. Langfristig wird das Angebot digitaler und somit auch für Sie kundenfreundlicher.

Die Telefonnummer und Faxnummer sind gleichgeblieben. Die E-Mail-Adresse hat sich geändert: sika@parisozial-muensterland.de

Beauftragungen, die durch die GSDV vorgenommen wurden, werden von der SiKA übernommen und behalten ihre Gültigkeit. **Rechnungsstellungen für Aufträge in 2020 sind allerdings unbedingt an die SiKA adressieren!**

Auf diesem Wege möchten wir uns bei allen Unternehmen, Menschen mit Hörbehinderung, Dolmetscherinnen, Dolmetschern sowie Beteiligten für die gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit bedanken. Insbesondere bedanken wir uns beim LWL-Inklusionsamt Arbeit, welches uns mit der Durchführung dieses Angebots beauftragt hat.

Mit freundlichen Grüßen
SiKA – Sichere Kommunikation am Arbeitsplatz
im Auftrag des LWL-Inklusionsamts Arbeit

Angelika Karrasch
Teamleitung SiKA

SiKA – Sichere Kommunikation am Arbeitsplatz
im Auftrag des LWL-Inklusionsamts Arbeit
Dahlweg 112
48153 Münster
Tel: 0251-6185-150
Fax:0251-6185-152
sika@parisozial-muensterland.de

www.parisozial-muensterland.de

SiKA
Sichere Kommunikation am Arbeitsplatz i.A. des LWL-Inklusionsamts Arbeit
Parisozial Münsterland gGmbH, Dahlweg 112, 48153 Münster

Vermittlung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern für Beschäftigte mit Hörbehinderung



Bitte senden an:

Tel.: 0251-6185-150, Fax: 0251-6185152, Email: SiKA@parisozial-muensterland.de

	Firma	Kontaktperson	Kontaktperson vor Ort
Adresse/ Einsatzort			
Telefon			
Fax			
Mobil			
Email			

Name der Beschäftigten (hörbehindert)	Einwilligungserklärung zum Datenschutz liegt vor – bitte ankreuzen	
	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Hiermit bitten wir um Bestellung und Kostenübernahme von **Dolmetscherinnen und Dolmetschern** für obige Beschäftigte mit Hörbehinderung für folgenden Einsatz:

Datum: _____ Beginn: _____ Uhr Ende: _____ Uhr

Anlass des Einsatzes: _____

Inhalt: _____

Sonstiges/Infos: _____

Sprachform: Gebärdensprache Schriftsprache
 DGS LBG viel Voicen konventionell Texterfassung

Termin mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern bereits abgestimmt. Bitte beauftragen Sie:

Name/n: _____

Datum: _____

Unterschrift u. Stempel Firma

Anlagen:

- Kopie des/der Schwerbehindertenausweise/s (sofern diese/r der **SiKA** noch nicht vorliegt)
- Einverständniserklärung Kontakt IFD und Datenschutzvereinbarung (sofern diese/r der **SiKA** noch nicht vorliegt)

SiKA

Sichere Kommunikation am Arbeitsplatz i.A. des LWL-Inklusionsamts Arbeit
Parisozial Münsterland gGmbH, Dahlweg 112, 48153 Münster

Datenschutz – Anlage zur Einwilligungserklärung

Der Datenschutz ist uns wichtig. Deshalb informieren wir Sie hier, welche Daten erhoben werden und welche Daten an wen weitergegeben werden, damit die Einsätze stattfinden und die Dolmetscherinnen und Dolmetscher finanziert werden können. Bei Fragen melden Sie sich bitte.

Die SiKA arbeitet im Auftrag des LWL-Inklusionsamts Arbeit, welches auch die Dolmetscheinsätze finanziert. Folgende statistische Daten werden an das LWL-Inklusionsamt Arbeit weitergegeben:

- Dauer des Einsatzes
- Fahr- und Wartezeiten der Dolmetscherinnen und Dolmetscher
- Abrechnungsdaten
- Anzahl der Menschen mit Hörbehinderung
- Anlass der Veranstaltung
- Namen der Firma
- Namen der Beschäftigten mit Hörbehinderung
- Datum, Uhrzeit
- Dolmetschsprache (DGS, LBG, Schriftsprache)

Für den Einsatz erforderliche Daten werden zunächst anonymisiert an die angefragten Dolmetscherinnen und Dolmetscher weitergegeben. Das sind:

- Einsatzstadt
- Anzahl der Beschäftigten mit Hörbehinderung
- Datum, Uhrzeit
- Dolmetschsprache (DGS, LBG, Schriftsprache)

Bei der Beauftragung von Dolmetscherinnen und Dolmetscher werden weiter gegeben:

- Einsatzort
- Kontaktperson vor Ort
- Name der Beschäftigten mit Hörbehinderung
- Datum, Uhrzeit
- Inhalt der Veranstaltung und wenn vorhanden Vorbereitungsmaterial des Veranstalters
- Dolmetschsprache (DGS, LBG, Schriftsprache)

An die Firma werden nach Beauftragung außerdem die Namen der Dolmetscherinnen und Dolmetscher sowie deren Firmensitz weiter gegeben.

Beim Verdacht, dass Arbeitsverhältnisse gefährdet sein könnten, werden zudem relevante Daten zum Einsatz an die Mitarbeitenden des zuständigen Integrationsfachdienst (IFD) und der Fachkoordination des LWL-Inklusionsamts Arbeit weiter gegeben.

Die Dolmetscheinsätze werden i.d.R. aus Mitteln der Ausgleichsabgabe zur Sicherung des Arbeitsverhältnisses vom LWL-Inklusionsamt Arbeit finanziert. Deshalb benötigen wir auch eine Kopie des Schwerbehindertenausweises.

Bei Fragen melden Sie sich bitte beim Geschäftsführer der SiKA:

Herrn Timo Plaß

PariSozial Münsterland gGmbH

Marktstraße 16
D-48683 Ahaus

Telefon: 02561 96 11 04
Fax: 02561 96 11 05

Mail: sika@parisozial-muensterland.de
Internet: www.parisozial-muensterland.de

SiKA

Sichere Kommunikation am Arbeitsplatz i.A. des LWL-Inklusionsamts Arbeit
PariSozial Münsterland gGmbH, Dahlweg 112, 48153 Münster

**Vermittlung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern
für Beschäftigte mit Hörbehinderung**

Einwilligungserklärung

Bitte senden an:

Tel.: 0251-6185-150, Fax: 0251-6185152, Email: SiKA@parisozial-muensterland.de



	Firma	Kontaktperson
Adresse/ Einsatzort		
Telefon		
Fax		
Email		

Für folgende Person mit Hörbehinderung sollen regelmäßig Dolmetscheinsätze stattfinden - **Name der Person** und **Beschäftigungsbeginn**:

_____ Beschäftigungsbeginn: _____

Ich, _____, (Name Person mit Hörbehinderung)
bin damit einverstanden, dass der für mich zuständige IFD über den Dolmetschereinsatz informiert werden darf. Dieses gilt solange, bis ich der SiKA etwas anderes mitteile. (s. Anlage)

Ich, _____, (Name Person mit Hörbehinderung)
bin damit einverstanden, dass Dolmetscherinnen/Dolmetscher relevante Informationen zum Einsatz erhalten dürfen. Dieses gilt solange, bis ich der SiKA etwas anderes mitteile. (s. Anlage)

Unterschrift des Menschen mit Hörbehinderung

Betriebliche Kontaktperson: _____ **Tel.:** _____

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass der zuständige IFD über den Dolmetschereinsatz informiert werden darf. Dieses gilt solange, bis ich/wir der SiKA etwas anderes mitteile/n. (s. Anlage)

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass Dolmetscherinnen/Dolmetscher relevante Informationen zum Einsatz erhalten dürfen. Dieses gilt solange, bis ich/wir der SiKA etwas anderes mitteile/n. (s. Anlage)

Datum: _____

Unterschrift u. Stempel Firma

Anlage: Kopie des Schwerbehindertenausweises (sofern dieser der SiKA noch nicht vorliegt)

SiKA

Sichere Kommunikation am Arbeitsplatz i.A. des LWL-Inklusionsamts Arbeit
Parisozial Münsterland gGmbH, Dahlweg 112, 48153 Münster