

Absender:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Stadt Bad Bramstedt  
Frau Krause  
Bleek 17-19  
24576 Bad Bramstedt

**Antrag auf Erstattung von Aufwendungen gemäß der Richtlinie für die Erstattung von Aufwendungen für die Betreuung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern vom 26.01.2015**

Aufwandsentschädigung für ehrenamtliche Helferinnen und Helfer

Betreute Person / Familie	Zeitraum der Betreuung	Von der Verwaltung auszufüllen

Eine Erstattung erfolgt nur, wenn der Einsatz in Absprache mit der Stadt Bad Bramstedt stattgefunden hat.

Entschädigung für den Einsatz als Sprachmittler

Betreute Person / Familie	Fahrtweg in km	Zeitaufwand	Zweck des Einsatzes	Von der Verwaltung auszufüllen

Eine Erstattung erfolgt nur, wenn der Einsatz vorher von der Stadt Bad Bramstedt genehmigt wurde und die Kosten nicht durch andere Mittel gedeckt sind.

Ich bitte um Überweisung der Aufwandsentschädigung auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragssteller