



## Anmelde- und Erhebungsbogen

### Wichtige Information:

Bitte füllen Sie den Anmelde- und Erhebungsbogen vollständig aus!

Für nicht durch uns organisierte Sprachmittler/innen werden keine Kosten übernommen.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Anmelde- und Erhebungsbogen per Mail, Fax oder postalisch an:

PSZ Dinslaken                      Tel.: 02064 43 47 55  
Bahnhofsplatz 6                Fax.: 02064 43 47 59  
46535 Dinslaken                E-Mail: psz-dinslaken@ekir.de

### 1. Persönliche Daten

Name, Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	
Geburtsort, Geburtsland	
Sprache	
Staatsangehörigkeit	
Religion	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	
Ggf. Ansprechperson: Name, Tel., E-Mail	
Wer hat den Anmelde- und Erhebungsbogen ausgefüllt?	

## 2. Terminvorbereitung

Für welchen Bereich benötigen Sie Hilfe und Unterstützung?	
Psychologischer Bereich	<input type="checkbox"/> psychologische Beratung <input type="checkbox"/> akute Krise (drohende Abschiebung, Suizidalität, häusliche Gewalt)
Asyl- und Flüchtlingsbereich	<input type="checkbox"/> asyl- und aufenthaltsrechtliche Beratung <input type="checkbox"/> Familienzusammenführung <input type="checkbox"/> Anhörungsvorbereitung <input type="checkbox"/> Unterstützung bei Antragstellungen (Arbeitserlaubnis, Aufhebung der Wohnsitznahme etc.) <input type="checkbox"/> Hilfestellung bei Terminvereinbarungen (Ausländerbehörde etc.) <input type="checkbox"/> Beratung zum Thema Bildung/Integration/Unterbringung/sozialen Leistungen (Schule, Arbeit, Sprache, AsylbLG etc.) <input type="checkbox"/> _____
Benötigen Sie eine/n Sprachmittler/in?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mögliche Tage und Zeiträume für Termine:	
Wochentag: <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag	
Zeitraum: <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> nachmittags	



### 3. Ausländerrechtliche Situation

Aufenthalt in Deutschland seit:	
<b>Aktueller Aufenthaltsstatus:</b>	
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> Duldung nach §60a <input type="checkbox"/> Duldung nach §60b <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach § _____ <input type="checkbox"/> Ausreisepflichtig <input type="checkbox"/> _____	
Nationalpapiere (z.B. Reisepass) vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Andere Dokumente zur Identitätsklärung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche:
Gibt es einen aktuell tätigen Rechtsanwalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, Name und Stadt:
Klageverfahren beim Verwaltungsgericht?	<input type="checkbox"/> Abgeschlossen <input type="checkbox"/> Läuft <input type="checkbox"/> Nein Wenn abgeschlossen, Urteil und Datum:
Straffälligkeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche Straftat mit welchem Urteil:



## 4. Soziale Situation

Form der aktuellen Unterbringung:

ZUE    Gemeinschaftsunterkunft    eigener Wohnraum    \_\_\_\_\_

Sprachliches Deutschniveau:

A1    A2    B1    B2    C1    C2

Keine Sprachkenntnisse    Analphabet

(Aktuelle) Schule/Ausbildung/Studium/Beruf:

Anerkennung von Bildungsunterlagen in Deutschland?

Ja    Nein

Lebensunterhaltssicherung:

AsylbLG    Bürgergeld    eigenes Einkommen    \_\_\_\_\_

Familiäre Situation in Deutschland:

Alleine    Mit Partner/in    Mit Kind/er    Mit Partner/in und Kind/er

mit Eltern/einem Elternteil    mit sonstigen Verwandten    \_\_\_\_\_

Wer ist bereits in Ihrem Fall involviert (z.B. Beratungsstelle, Ehrenamt)?



## 5. Gesundheitliche Situation

Körperlicher Zustand:

Hausärztin/Hausarzt:

Psychischer Zustand:

Psychiater/in:

Ich nehme folgende  
Medikamente ein:

\_\_\_\_\_ Datum