

**Um Sie bei Ihrer Integration in Deutschland frühestmöglich unterstützen zu können, bitten wir Sie um folgende Informationen**

(ताकि आप जर्मनी में जल्दी से जल्दी इंटरग्रेटे हो पाएं, कृपया इस फॉर्मके द्वारा अपनी जानकारी दीजिये)

**INTEGRATIONSBOGEN- HINDI**

(इंटीग्रेशन अथवा एकीकरण काफार्म)






*Ihre Sozialarbeiter/in unterstützen Sie beim Ausfüllen des Formulars. /*

(फार्म भरने के समय सोशल वर्कर आपकी मदद करेंगे)


**Bitte in Deutsch ausfüllen!**


**कृपा जर्मन में लिखे**




**I. Datenaustausch / (डेटा एक्सचेंज)**


Mann (पुरुष) 	<input type="checkbox"/>	Frau (महिला) 	<input type="checkbox"/>
Name (उपनाम): _____	Vorname (नाम): _____		
Wohnort (पता): 	_____		
Geburtsdatum/-ort: (जन्म तिथि /जन्म स्थान): 			
Staatsangehörigkeit (राष्ट्रीयता) _____	_____		
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung: _____	Duldung: _____	<input type="checkbox"/> liegt noch nicht vor: _____	
(निवास की अनुमति)	सहनशीलता	(उपलब्ध नहीं है)	

**Qualifikation (योग्यता):**


Ich kann in meiner Muttersprache *lesen*  
(मैं अपनी मातृ भाषा में पढ़ सकता हूँ)   gut (अच्छा)  wenig (थोड़ा)  gar nicht (बिल्कुल नहीं)

*Schreiben* (लिख सकता हूँ)   gut (अच्छा)  wenig (थोड़ा)  gar nicht (बिल्कुल नहीं)

1. Schule      wie viel Klassen/Jahre von (से) \_\_\_\_\_ bis (तक) \_\_\_\_\_  
(स्कूल) (कितनी कक्षाएं) (वर्ष)


Abschluss   ja (हां)  nein (नहीं)

(समापन)


2. Beruf  (पेशा)  ja (हां)  nein (नहीं) (कौनसा) von (से) \_\_\_\_\_ bis (तक) \_\_\_\_\_

Abschluss  ja (हां)  nein (नहीं)

(समापन)

3. Studium   ja (हां)  nein (नहीं) (कौनसा) von (से) \_\_\_\_\_ bis (तक) \_\_\_\_\_



(पढ़ाई)


Abschluss   ja (हां)  nein (नहीं)


(समापन)


4. Berufserfahrung als: ( नौकरी/व्यवसाय का अनुभव): \_\_\_\_\_ von (से) \_\_\_\_\_ bis (तक) \_\_\_\_\_

5. Bisherige Tätigkeiten als (अब तक के कार्य, नौकरी इत्यादि) von (से) \_\_\_\_\_ bis (तक) \_\_\_\_\_

**Integration:** एकीकरण:  > 

Ich kann mich auf **Deutsch** *verständigen*  
(मैं जर्मनमें संवाद कर सकता हूँ)   gut (अच्छा)  wenig (थोड़ा)  gar nicht (बिल्कुल नहीं)

Ich kann Deutsch *lesen*  
(मैं जर्मन पढ़ सकता हूँ)   gut (अच्छा)  wenig (थोड़ा)  gar nicht (बिल्कुल नहीं)

Ich kann Deutsch *schreiben*  
(मैं जर्मन लिख सकता हूँ)   gut (अच्छा)  wenig (थोड़ा)  gar nicht (बिल्कुल नहीं)

Welche Sprache/n spreche oder verstehe ich: \_\_\_\_\_  
(मैं कौन सी भाषा/भाषाएं बोलता हूँ /समझ सकता हूँ)

Ich kann während des Asylverfahrens verpflichtet werden einer gemeinnützigen Tätigkeit für 0,80 €/Std nachgehen (**Arbeitsgelegenheiten gem. § 5 AsylbLG / FIM gem. § 5 a AsylbLG**).

Interesse vorwiegend in den Bereichen:

(मुझे शरण प्रक्रिया के दौरान एक गैर लाभकारी काम 0,80 Euro/ यूरो / घंटे के लिए / करना पड़ सकता है).

(Arbeitsgelegenheiten gem. § 5 AsylbLG / FIM gem. § 5 a AsylbLG).(श्रमकानून के मुताबिक)

(दिलचस्पी मुख्यरूपसे इन क्षेत्रोंमें है):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/>  Sprachmittler(अनुवादक)              | <input type="checkbox"/>  Soziales/Kulturelles(सामाजिक / सांस्कृतिक) |
| <input type="checkbox"/>  Handwerk/Werkstatt(शिल्प/कार्यशाला) | <input type="checkbox"/>  Arbeit im Freien (बाहरी काम)               |
| <input type="checkbox"/>  Hauswirtschaft(गृह व्यवस्था)        | <input type="checkbox"/>  Sonstiges: (अन्य)_____                     |

Ich benötige für das Ausfüllen des Integrationsbogens keinen Sprachmittler/Dolmetscher. Ich habe die Fragen erfasst und die entsprechenden Angaben nach bestem Wissen gemacht.

(इंटीग्रेशन का सवाल-फार्म भरनेके लिए मुझे किसी अनुवादक की ज़रूरत नहीं है.मैंने सभी प्रश्नों को समझ लिया है, और सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार जानकारी दी है)

Ich wurde belehrt, dass ich bei Erhalt meines BAMF-Bescheides die Sprechstunde der Ausländer- Behörde unverzüglich aufsuche und darüber informiere.

(मुझे निर्देश दिया गया थाके BAMFनिर्णयमिलने के बादमैंतुरंतविदेश कार्यालयजाकरउनकोखबरदूँ)

Datum

(तिथि)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragssteller/in

oder gesetzliche Vertreter/in

(आवेदकहस्ताक्षर / याकानूनीप्रतिनिधि)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sprachmittler

(हस्ताक्षर दुभाषिया)

**Diese Seite I bitte umgehend nach Ankunft im Landkreis ausfüllen und im Original zurück ans Ordnungs- und Straßenverkehrsamt, Abtl. Asyl-/Ausländerrecht – Frau Bittner**

(अपने ज़िला / काउंटी / पहुंचने के बाद इस फार्मको भरेंऔरअसलीफार्मको नियामक कार्यालयऔरसड़क यातायात कार्यालय - शरण और विदेशियों के कार्यालय और). (Ordnungs- und Straßenverkehrsamt, Abtl. Asyl-/Ausländerrecht)


## II. Nach Erteilung Aufenthaltsgenehmigung Seite I und II an das Ordnungs- und Straßenverkehrsamt, Abtl. Asyl-/Ausländerrecht – Frau Bittner

(निवास परमिट जारी करने के बाद I और II और Ordnungs- und Straßenverkehrsamt, Abtl. Asyl-

/Ausländerrecht को (नियामक कार्यालय और सड़क यातायात कार्यालय - शरण और विदेशियों के कार्यालय और.)

Mann (पुरुष)  Frau (महिला)

Name (उपनाम) \_\_\_\_\_ Vorname (नाम): \_\_\_\_\_

Wohnort (निवास):  \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-ort:  (जन्म तिथि/जन्म स्थान):  \_\_\_\_\_ 

Staatsangehörigkeit (राष्ट्रीयता) \_\_\_\_\_

(vom Sozialarbeiter auszufüllen)

(सामाजिक कार्यकर्ता द्वारा पूरा किया जायेगा)



Beratung durch Bundesagentur für Arbeit erfolgt ja (हां) nein (नहीं)

(संघीय रोजगार एजेंसी द्वारा परामर्श होगयाहै)

Teilnahme am ehrenamtlichen Deutschkurs: ja (हां) nein (नहीं)

(जर्मन कोर्समे भाग लिया है)

Teilnahme am Integrationskurs: ja (हां) nein (नहीं)


(इंटीग्रेशन कोर्समे भाग लियाहै)

Teilnahme an anderen Sprachkursen: ja (हां) nein (नहीं)


(अन्यभाषा के कोर्स मे भाग लिया है):

Teilnahme an Arbeitsgelegenheiten § 5 AsylbLG / FIM: ja, in den Bereichen:

काम के संबंधित कोई क्षेत्रोंमें भाग लिया है: § 5 AsylbLG / FIM के अनुसार:  (हां, इन क्षेत्रों में):

 Sprachmittler(अनुवादक)/दुभाषिया)

 Soziales/Kulturelles (सामाजिक / सांस्कृतिक)

 Handwerk/Werkstatt(शिल्प/कार्यशाला)

 Garten/Tätigkeiten im Freien (बगीचा/उद्यानगतिविधि)

 Hauswirtschaft(घरेलू अर्थशास्त्र)

 Sonstiges:(अन्य)

Teilnahme an weiteren Maßnahmen (Was/Wo): \_\_\_\_\_

(अन्य उपाययोजनाओं में भाग लियाहै: कौनसे और कहाँ)

Deutschkenntnisse Stand:

(जर्मन भाषा का ज्ञान):

Schulbesuch: \_\_\_\_\_

Kita: \_\_\_\_\_

(स्कूल उपस्थिति):

(बाल विहार/डेकाएर सेंटर):

(vom Flüchtling zusammen mit dem Sozialarbeiter auszufüllen)

(भरने के समय सोशल वर्कर आपकी मदद करेगे)

Aufenthaltstitel: \_\_\_\_\_ (unter Angabe §§)(के अनुसार §§)

(निवास की अनुमति):

bzw.Fiktionsbescheinigung \_\_\_\_\_ (unter Angabe §§)(के अनुसार §§)

(अस्थायी निवास प्रमाणपत्र)

Gültig seit: (किस समय से): \_\_\_\_\_

Gültig bis: (किस समय तक): \_\_\_\_\_

wohnotbeschränkende Auflage: \_\_\_\_\_

(निवास-प्रतिबंधक-अनुदेश):

Will im Landkreis Görlitz **wohnen**?

**(Görlitz काउंटी में रहना चाहता हूँ?)**

ja(हां)  nein (नहीं)

Wenn nein, wo? \_\_\_\_\_ Wohnort  
(अगर नहीं, तो कहाँ?) (निवासस्थान)

Wohnraum für \_\_\_\_\_ Personen  
**(रहने का स्थान \_\_\_\_\_ कितने व्यक्तियों के लिए)**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
(नाम, पहला नाम): (नाम, पहला नाम):

Familiennachzug ist beantragt seit: \_\_\_\_\_ für \_\_\_\_\_ Personen:  
**(परिवार को यहाँ बुलाने के लिए आवेदन किया गया है: कब और कितने व्यक्तियों के लिए):**

**Bankverbindung:**

**(बैंक अकाउंट):**

Kreditinstitut: (बैंक का नाम): \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_

Auszug aus GU/dez. Wohnung am: \_\_\_\_\_ **Mietvertrag** ab: \_\_\_\_\_

**(फ्लैट से निकालें/ GU/dez.(रहने का स्थान तारीख): (किराया का कॉन्ट्रैक्ट/कबसे):**

**Krankenkasse:**

(स्वास्थ्य बीमा): \_\_\_\_\_  
Antrag ALG II gestellt am: \_\_\_\_\_  
(ALG II आवेदन पेश करने की तारीख):

**Sonstige Angaben:**

(अन्य जानकारी):  
Telefon-/Handynummer: \_\_\_\_\_ Reisepass: \_\_\_\_\_  
(टेलीफोन/मोबाइल): (पासपोर्ट):

Antrag Ausstattung und Kautio für Wohnung:

(निवासआवेदन - जमा - फर्नीचर):

Ummeldung Einwohnermeldeamt:  Haftpflichtversicherung

(राष्ट्रीय रजिस्टर कार्यालय / फिर से दर्ज करना): (दायित्व बीमा):

Anerkennung beruflicher Abschlüsse:  Rundfunkgebühren

(पेशावर मान्यता डिग्री): (प्रसारण फीस):

zurück an:

**Landkreis Görlitz**  
**Ordnungs- und Straßenverkehrsamt**  
**Abtl. Asyl-/Ausländerrecht**  
Bahnhofstr. 24  
02826 Görlitz

**Einverständniserklärung zur Datenübermittlung  
zwischen dem zuständigen Sozialarbeiter und den Ämtern und Behörden des Landkreises Görlitz**

Ich

\_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname),

bin damit einverstanden, dass der/die für mich zuständige Mitarbeiter/in der unten genannten Behörden und der/die zuständige Mitarbeiter/in einer anderen der unten genannten Einrichtung erhobene und gespeicherte integrationsrelevante Daten zu meiner Person, die für meine sprachliche, schulische, berufliche und soziale Integration in Deutschland notwendig und für deren Bearbeitung erforderlich sind, wechselseitig austauschen und elektronisch speichern können.

Dies betrifft insbesondere Daten zu: Name, Vorname, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Anschrift, Geburtsdatum, Qualifikation, Integrationsstand. Diese Angaben können im Rahmen der Integration und sozialen Betreuung im Landkreis Görlitz wechselseitig an:

- die zuständigen Sozialarbeiter (welche die Aufgaben der sozialen Betreuung übernehmen);
- das Ordnungs- und Straßenverkehrsamt, Landkreis Görlitz (untere Unterbringungsbehörde und soziale Betreuung);
- das Jobcenter Landkreis Görlitz (zur Integration notwendige Angaben);
- die Agentur für Arbeit Bautzen (zur Integration notwendige Angaben) ;
- die Jugendberufsagentur (zur Integration notwendige Angaben);
- das Schul- und Sportamt Landkreis Görlitz (im Zusammenhang mit der Schulbildung notwendige Angaben);
- das Gesundheitsamt Landkreis Görlitz (zur medizinischen Grunduntersuchung und bei Asylbewerbern mit medizinischen Berufen -> Qualifikation);
- die Sächsische Bildungsagentur, Regionalstelle Bautzen (betrifft nur schulpflichtige Kinder/ Jugendliche sowie Name, Vorname und Adresse der Eltern);
- die entsprechenden Bildungsträger (für Integrations-/Deutschkurse, AGH § 5 AsylbLG);
- Jugendamt Landkreis Görlitz (für Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe)
- Sprachmittler/ Dolmetscher (für Übersetzungsleistungen);
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

weitergegeben werden, soweit dies erforderlich ist.

Die Datenübermittlung dient dem Zweck, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, inwieweit berufliche, schulische und integrationsrelevante Möglichkeiten für meine Eingliederung in das gesellschaftliche Leben in Deutschland vorhanden sind, um mich in meinem Integrationsprozess zielgerichtet zu unterstützen und zu fördern.

Darüber hinausgehende private Personenangaben werden nicht übermittelt. Ich habe Anspruch auf Informationen über den Ablauf und Inhalt des Datenaustausches.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich der Datenübermittlung widersprechen und die vorliegende Einwilligung jederzeit zurückziehen kann. Ich habe die Einwilligung verstanden, offene Fragen wurden mit mir besprochen. Mir ist weiterhin bekannt, dass eine Übermittlung personenbezogener Daten und Sozialdaten entsprechend gesetzlicher Vorgaben aus der Sozialgesetzgebung (SGB) stattfindet.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass eine Verweigerung der Einwilligung keine unmittelbaren nachteiligen rechtlichen Folgen für mich hat.

Ich benötige keinen Sprachmittler/Dolmetscher. Ich habe den Inhalt erfasst.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller/in  
bzw. gesetzlicher Vertreter/in

Unterschrift Sprachmittler

**Diese Seite bitte umgehend nach Ankunft im Landkreis ausfüllen und im Original zurück ans Ordnungs- und Straßenverkehrsamt – Abt. Asyl- und Ausländerrecht – Frau Bittner**

(वापस भेजना है):

**Landkreis Görlitz**  
**Ordnungs- und Straßenverkehrsamt,**  
**Abtl. Asyl-/Ausländerrecht**  
 Bahnhofstr. 24  
 02826 Görlitz

(डेटा ट्रांसमिशन के लिए सहमति की घोषणा  
 जिम्मेदार सामाजिक कार्यकर्ता और रगॉर्लिट्ज़ जिले के कार्यालयों और अधिकारियों के बीच)

में

*bitte die deutsche Seite ausfüllen*

जन्मतिथि: \_\_\_\_\_

नाम, प्रथमनाम

(मैं मानता हूँ कि नीचे दिए गए अधिकारियों के लिए जिम्मेदार स्टाफ और किसी अन्य नीचे दिए गए संस्था के सह-कार्यकर्ता मेरे बारेमें संग्रहित और संग्रहितएकीकरण-प्रासंगिक डेटा जो जर्मनीमें मेरी भाषायी, शैक्षणिक, व्यावसायिक और सामाजिकएकीकरण के लिए आवश्यक हैं और उनके प्रसंस्करण के लिए तथा पारस्परिक विनिमय के लिए आवश्यक है.इस जानकारी को इलेक्ट्रानिकली सेव किया जा सकता है)

(यह विशेष रूपसे डेटा पर लागू होता है:उपनाम, प्रथमनाम, लिंग, राष्ट्रियता, पता, जन्मतिथि, योग्यता, एकीकरणकास्तर। जहांतक जरूरी गॉर्लिट्ज़ जिलेमें एकीकरण और सामाजिक देखभाल के लिए इस जानकारी का इस्तेमाल अन्य अधिकारियों, कार्यालयों के साथ किया जा सकता है।)

- जिम्मेदार सामाजिक कार्यकर्ता(जो सामाजिक देखभाल के कार्योंको लेतेहैं);
- नियामक कार्यालयऔरसड़क यातायात कार्यालय, गॉर्लिट्ज़जिला (निवास प्राधिकरण और सामाजिक देखभाल);
- नौकरी केंद्र जिला गॉर्लिट्ज़(एकीकरणकेलिएआवश्यकजानकारी);
- काम के लिए एजेंसी बौटज़ेन (एकीकरण के लिए आवश्यक जानकारी)
- युवा नौकरी एजेंसी (एकीकरण के लिए आवश्यक जानकारी)
- स्कूल और खेल कार्यालय जिला गॉर्लिट्ज़ (स्कूलशिक्षा के संबंधमें आवश्यक सूचना)
- स्वास्थ्यविभाग गॉर्लिट्ज़जिला (बुनियादी चिकित्सा जांच केलिए और शरणचाहनेवालों के लिए चिकित्सा व्यवसाइयों के लिए आवश्यक योग्यता)
- साक्सन एजुकेशन एजेंसी, क्षेत्रीय कार्यालय बौटज़ेन (केवलस्कूली-आयुकेबच्चों /किशोरावस्था के बारेमें चिंतितहैं (साथ ही माता-पिता का नाम, प्रथमनाम औरपता)
- उचित शैक्षिक संस्थान (एकीकरण / जर्मनपाठ्यक्रमोंकेलिए, AGH § 5 AsylbLG); शरणप्रशिक्षण अधिनियम)
- गॉर्लिट्ज़के युवा कार्यालय जिले (बच्चे और युवाकल्याण सेवाओं के लिए)
- भाषामध्यस्थ / दुभाषिया (अनुवाद सेवाओं के लिए);
- अन्य: \_\_\_\_\_

अगर जरूरी है तो

डेटाट्रांसमिशन की प्रमुख वजह यह है की पता चले कहां तक पेशावर,स्कूल और जर्मनी में सामाजिक जीवनमें मेरे एकीकरण के लिए मेरे समावेश के लिए संभावनाएं अवसर मौजूद हैं, के जरिये मेरी मदद की जाएं और मुझे बढ़ावा मिले.

कोई भी और निजी जानकारी नहीं संचारित होगी।मैं डाटाएक्सचेंज की प्रक्रिया और इन्फार्मेशन के बारेमें जानकारी का हकदार हूँ। मुझे सलाह दी गई है कि मैं डेटा के ट्रांसमिशन पर किसीभी समय इस सहमतिको वापस ले सकता हूँ।मैं सहमति समझ गया हूँ। खुले प्रश्न मेरे साथ चर्चा किए गए थे.मुझे यह भी जानकारी है कि सामाजिक कानूनों (SGB/एसजीबी) की कानूनी आवश्यकताओं के अनुसार व्यक्तिगत डेटा औ रसामाजिक डेटा का हस्तांतरण होता है।

मुझे सूचित किया गया है कि सहमति के इनकार के लिए मेरे लिए प्रत्यक्ष प्रतिकूल कानूनी परिणाम नहीं होगा | मुझे एक दुभाषिया की जरूरत नहीं है। मुझे सभी मुद्दे अच्छी तरह समझ आए हैं।

तिथि

आवेदकहस्ताक्षर / याकानूनीप्रतिनिधि

हस्ताक्षर दुभाषिया

अपने ज़िला / काउंटी / पहुंचने के बाद इसे फार्मको भरें और असली (ओरिजिनल) फार्म को नियामक कार्यालय और सड़क यातायात कार्यालय - शरण और विदेशियों के कार्यालय और. (Ordnungs- und Straßenverkehrsamt, Abtl. Asyl-/Ausländerrecht)

zurück an:

**Landkreis Görlitz**  
**Ordnungs- und Straßenverkehrsamt,**  
**Abtl. Asyl-/Ausländerrecht**  
 Bahnhofstr. 24  
 02826 Görlitz

**Erklärung**  
**über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht sowie datenrechtliche Einwilligung**

Familienname, Vorname	Geburtsdatum	Aktenzeichen

Hiermit stimme ich der Erteilung von ärztlichen Auskünften und der Vorlage ärztlicher Unterlagen gegenüber dem Ordnungs- und Straßenverkehrsamt, Abteilung Asyl-/Ausländerrecht zu, soweit sie zur Erfüllung von Aufgaben der Hilfe gemäß Asylbewerberleistungsgesetz erforderlich sind.

Darüber hinaus entbinde ich die mich behandelnden Ärzte sowie all jene Ärzte, die an der Behandlung oder Begutachtung beteiligt sind (ambulant/stationär) von der gesetzlichen Schweigepflicht in Bezug auf Zusatzuntersuchungen im Rahmen von Begutachtungen, Klärungen hinsichtlich Kostenvoranschlägen, für zu entscheidende Therapien. Begutachtende und behandelnde Ärzte dürfen Informationen austauschen, soweit sie für die zu treffenden Entscheidungen notwendig sind. Dies gilt auch für Entscheidungen nach Aktenlage.

Die im Rahmen von Begutachtungen und Erstuntersuchungen ermittelten medizinischen Daten (beispielsweise Blutuntersuchungen zum Impfstatus, Hepatitis-Untersuchung, Tuberkuloseuntersuchungsbefunde) dürfen bei Bedarf nachbehandelnden Ärzten zur Verfügung gestellt werden, um Doppel- und Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden.

Ich gestatte einen wechselseitigen Daten- und Informationsaustausch zwischen den mich betreuenden Sozialdiensten (Gemeinschaftseinrichtung/dezentral), den zur Verständigung notwendigen Dolmetschern und den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes, soweit der Austausch für meine gesundheitliche Vorsorge und medizinische Betreuung notwendig ist.

Mir ist weiterhin bekannt, dass eine Übermittlung personenbezogener Daten und Sozialdaten entsprechend gesetzlicher Vorgaben aus der Sozialgesetzgebung (SGB) stattfindet.

Anlass ist neben der sprachlichen, schulischen, beruflichen und sozialen Integration auch die gesundheitliche Vorsorge.

Ich ermögliche hiermit die Einholung und Übermittlung von Informationen oder Stellungnahmen.

Diese Erklärung ist zu jedem Zeitpunkt widerrufbar.

Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie über die Folgen einer Verweigerung beraten.

Diese Erklärung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung

Ich benötige keinen Sprachmittler/Dolmetscher. Ich habe den Inhalt erfasst.

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Antragssteller/in  
 bzw. gesetzlicher Vertreter/in

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Sprachmittler

**Diese Seite bitte umgehend nach Ankunft im Landkreis ausfüllen und im Original zurück ans Ordnungs- und Straßenverkehrsamt – Abt. Asyl- und Ausländerrecht – Frau Bittner**

वापस भेजना है:

**Landkreis Görlitz / जिला गोरलिट्ज़**  
**Ordnungs- und Straßenverkehrsamt,**  
 नियामक कार्यालय और सड़क यातायात  
 कार्यालय  
**Abtl. Asyl-/Ausländerrecht**  
 विदेशियों के कार्यालय और SG एकीकरणको  
 इसे भेजें  
 Bahnhofstr. 24

मेडिकल गोपनीयता से रिहाई के बारे में घोषणा (सूचना)

उपनाम, प्रथमनाम	जन्मतिथि	फाइल नंबर
<i>bitte die deutsche Seite ausfüllen</i>		

मैं इजाजत देता हूँ की (Ordnungs- und Straßenverkehrsamt, Abteilung Asyl-/Ausländerrecht) नियामक कार्यालय और सड़क यातायात कार्यालय - शरण और विदेशियों के कार्यालय को मेडिकल खबर और मेडिकल दस्तावेज दिये जा सकते हैं, जहाँ तक ये शरण चाहनेवालों के लाभ अधिनियम के लिए ज़रूरी हैं

इसके अलावा, मैं डॉक्टरों को जो मेरा इलाज कर रहे हैं साथ-साथ उन सभी डॉक्टरों को, जो मेरी देखभाल में शामिल हैं और मेरी मेडिकल रिपोर्ट लिख रहे हैं (आउटपैशेंट / इनपैशेंट) इजाजत देता हूँ, की वे कानून के मुताबिक मेरे बारे में सम्पूर्ण जानकारी दे सकते हैं, उसके मुताबिक जाँच के खर्च के प्रस्तावों के बारे में और फैसला दूसरी थेरापी लेने के लिए। देखभाल करनेवाले डॉक्टर आपस में एक-दूसरे को जानकारी दे सकते हैं जहाँ तक ये फैसला लेने के लिए ज़रूरी है। ये फाइल की स्थिति के मुताबिक भी लिया जा सकता है।

जो मेडिकल डेटा/मेडिकल रिपोर्ट पहली चेकिंग के दौरान प्राप्त हुआ है (जैसेके: ब्लडटेस्ट इंजेक्शनों के बारे में, हेपेटाइटिस की चेकिंग, टीबी चेकिंग की रिपोर्ट) दोबारा देखभाल करनेवाले डॉक्टर को दिया जा सकता है डबल और कई जाँच से बचने के लिए।

मैं डेटा और सूचना के आपसी आदान-प्रदान की अनुमति देता हूँ। मैं इजाजत देता हूँ के मेरी देखभाल करनेवाले सोशल वर्कर और सोशल इंस्टीट्यूशन और मुझे दी गई जानकारी बेहतर समझने के लिए दुभाषिया और हेल्थ डिपार्टमेंट के स्टाफ जानकारी आपस में बाँट सकते हैं, जहाँ तक ये मेरी देखभाल और मेडिकल देखभाल के लिए ज़रूरी है। मुझे और ये भी जानकारी है कि सामाजिक-कानूनी (एसजीबी) की कानूनी आवश्यकताओं के अनुसार व्यक्तिगत डेटा और सामाजिक डेटा का इस्तेमाल होता है।

इस का कारण भाषा, स्कूल, पेशावर और, सामाजिक एकीकरण के अलावा स्वास्थ्यसावधानी की देखभाल भी है।

मैं अनुमति देता हूँ की सब तरह की जानकारी और प्रदान की जा सकती है और भेजी जा सकती है।

ये घोषणा किसी भी समय वापस ली जा सकती है।

मुझे पूरी तरह से समझाया गया है की निजी बातों की इजाजत आगे देनेयान देने और उसके नतीजे के बारे में।

ये घोषणा गोपनीयता इन्फार्मेशन की अनुमति भी है।

मुझे एक दुभाषिया की ज़रूरत नहीं है/ मुझे सभी मुद्दे अच्छी तरह समझ आए हैं।

तिथि

आवेदक हस्ताक्षर / या कानूनी प्रतिनिधि

हस्ताक्षर दुभाषिया

*bitte die deutsche Seite ausfüllen*

अपने ज़िला / काउंटी / पृष्ठ के बाद इसे फार्मको भरें और असली (ओरिजिनल) फार्मको नियामक कार्यालय और सड़क यातायात कार्यालय - शरण और विदेशियों के कार्यालय और. (Ordnungs- und Straßenverkehrsamt, Abtl. Asyl-/Ausländerrecht)