

Um Sie bei Ihrer Integration in Deutschland frühestmöglich unterstützen zu können, bitten wir Sie um folgende Informationen.
(حتى يمكننا أن ندعمك مبكرًا قدر الإمكان في اندماجك في ألمانيا، نرجو منك إمدادنا بالمعلومات التالية)

INTEGRATIONSBOGEN - ARABISCH

(استمارة الاندماج)






Ihr/e Sozialarbeiter/in unterstützt Sie beim Ausfüllen des Formulars.

(يقدم الأخصائيون/الأخصائيات الدعم لكم عند ملء الاستمارة)


Bitte in Deutsch ausfüllen!


(رجاء املأ الاستمارة باللغة الألمانية)




I. Datenaustausch (تبادل البيانات)


Mann (نكر) 	<input type="checkbox"/>	Frau (أنثى) 	<input type="checkbox"/>
Name: (اللقب) _____	Vorname: (الاسم) _____		
Wohnort: (محل السكن) 	_____		
Geburtsdatum/-ort: (تاريخ/محل الميلاد) 	_____ 		
Staatsangehörigkeit: (الجنسية) _____	_____		
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung	<input type="checkbox"/> Duldung (تصريح/إذن الإقامة)	<input type="checkbox"/> liegt noch nicht vor (ليس متوفرًا بعد)	


Qualifikation: (المؤهل)


Ich kann in meiner Muttersprache (استطيع في لغتي الأم) gut, (جيدًا) wenig, (قليلاً)
lesen (القراءة)  gar nicht (لا على الإطلاق)


schreiben (الكتابة)  gut, (جيدًا) wenig, (قليلاً)
 gar nicht (لا على الإطلاق)


1. Schule (المدرسة)    wie viel Klassen/Jahre (كم عدد الصفوف/السنوات)
von: (من) _____ bis: (إلى) _____

Abschluss (المؤهل الدراسي)  ja (نعم) nein(لا)

2. Beruf (الوظيفة)  ja (نعم) nein(لا) welche (ما هي) _____
von: (من) _____ bis: (إلى) _____

Abschluss (المؤهل الدراسي)  ja (نعم) nein(لا)




3. Studium (الدراسة)  ja (نعم) nein(لا) welche (ما هي) _____
von: (من) _____ bis: (إلى) _____

Abschluss (المؤهل الدراسي)  ja (نعم) nein(لا)


4. Berufserfahrung als: (الخبرة المهنية في وظيفة) _____
von: (من) _____ bis: (إلى) _____


5. Bisherige Tätigkeiten als: (الأعمال السابقة بوصفه) _____
von: (من) _____ bis: (إلى) _____

Integration: (الاندماج)

Ich kann mich auf **Deutsch** verständigen   

(استطيع التفاهم باللغة الألمانية) gut, (جيدًا) wenig, (قليلاً) gar nicht (لا على الإطلاق)

Ich kann Deutsch (استطيع قراءة اللغة الألمانية) gut, (جيدًا) wenig, (قليلاً) gar nicht (لا على الإطلاق)
lesen (القراءة) 







Ich kann Deutsch (استطيع قراءة اللغة الألمانية) gut, (جيدًا) wenig, (قليلاً) gar nicht (لا على الإطلاق)
schreiben (الكتابة) 

Welche Sprache/n spreche oder verstehe ich: _____
ما اللغة/اللغات التي أستطيع فهمها والتحدث بها: _____

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

استطيع مزاولة نشاط خيري مقابل 0.80 يورو/ساعة أثناء إجراءات اللجوء (فرص العمل بموجب المادة 5 من Asylbewerberleistungsgesetz - قانون إعانة طالبي اللجوء).
قانون إعانة طالبي اللجوء / FIM - إجراءات اللجوء - بموجب المادة 5 أ من قانون Asylbewerberleistungsgesetz - قانون إعانة طالبي اللجوء).

Interesse vorwiegend in den Bereichen (اهتم في الغالب بالمجالات التالية):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/>  Sprachmittler (الوسيط اللغوي) | <input type="checkbox"/>  Soziales/Kulturelles (الشؤون الاجتماعية/الثقافية) |
| <input type="checkbox"/>  Handwerk/Werkstatt (الأعمال اليدوية/الحرفية) | <input type="checkbox"/>  Arbeit im Freien (العمل في الهواء الطلق) |
| <input type="checkbox"/>  Hauswirtschaft (التدبير المنزلي) | <input type="checkbox"/>  Sonstiges: (نشاط آخر) _____ |

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

لا حاجة لوسيط لغوي/مترجم فوري لملء استمارة الاندماج، لأنني فهمت الأسئلة وقمت بملء البيانات المناسبة على حد علمي.

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

تم إعلامي، أنه بمجرد استلامي قرار الهيئة الاتحادية لشؤون الهجرة واللاجئين بأنه عليّ الذهاب إلى مؤسسة شؤون اللاجئين على الفور وإعلامهم بذلك

Datum

(التاريخ)

Unterschrift Antragssteller/in
oder gesetzliche Vertreter/in

(توقيع مقدم الطلب أو الممثل القانوني)

Unterschrift Sprachmittler

(توقيع الوسيط اللغوي إذا كان مطلوباً)

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

يرجى ملء هذه الصفحة في أقرب وقت بعد وصولك إلى هذه الدائرة وإعادة تسليم النسخة الأصلية إلى مصلحة النظام العام والمرور، قسم قانون اللاجئين والأجانب والقسم المختص بالاندماج

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

|| بعد إرسال تصريح الإقامة الصفحة 1 و|| على الرابط وكذلك تسليمه لمصلحة النظام العام والمرور، قسم قانون اللاجئين والأجانب والقسم المختص بالاندماج

Mann (ذكر) Frau (أنثى)

Name: (اللقب) _____ Vorname: (الاسم) _____

Wohnort: (محل الإقامة) _____

Geburtsdatum/-ort: (تاريخ/محل الميلاد) _____ _____

Staatsangehörigkeit: (الجنسية) _____

(تملى بمعرفة الأخصائي الاجتماعي) (vom Sozialarbeiter auszufüllen)

Beratung durch Bundesagentur für Arbeit erfolgt (تقدم الوكالة الاتحادية للعمل الاستشارات) ja (نعم) nein (لا)

Teilnahme am ehrenamtlichen Deutschkurs: (الاشتراك في دورة تطوعية في اللغة الألمانية): ja (نعم) nein (لا)

Teilnahme am Integrationskurs: (الاشتراك في دورة اندماج): ja (نعم) nein (لا)

Teilnahme an anderen Sprachkursen: (الاشتراك في دورات لغوية أخرى): ja (نعم) nein (لا)

Teilnahme an Arbeitsgelegenheiten § 5 AsylbLG / FIM:
 (الاشتراك في فرص عمل بموجب المادة 5 من قانون إعانة طالبي اللجوء / إجراءات اندماج اللاجئين)
 ja, in den Bereichen: (نعم، في المجالات التالية):

Sprachmittler (الوسيط اللغوي) Soziales/Kulturelles (الشؤون الاجتماعية/الثقافية)

Handwerk/Werkstatt (الأعمال اليدوية/الحرفية) Garten/Tätigkeiten im Freien (الحدائق/أنشطة في الهواء الطلق)

Hauswirtschaft (التدبير المنزلي) Sonstiges: (نشاط آخر) _____

Teilnahme an weiteren Maßnahmen (Was/Wo): _____
 (الاشتراك في أعمال أخرى (ما هي/أين): _____)

Deutschkenntnisse Stand: (مستوى المعارف اللغوية) _____

Schulbesuch: (دخول المدرسة) _____ Kita: (الحضانة) _____

(vom Flüchtling zusammen mit dem Sozialarbeiter auszufüllen)

(تملى بمعرفة اللاجئ بالاشتراك مع الأخصائي الاجتماعي)

Aufenthaltstitel: (تصريح الإقامة) _____ (مع ذكر §§) (unter Angabe §§)

bzw. Fiktionsbescheinigung (أو شهادة تأشيرة إقامة مؤقتة) _____ (مع ذكر §§) (unter Angabe §§)

Gültig seit: (سارية منذ) _____

Gültig bis: (سارية حتى) _____

wohntbeschränkende Auflage: (أمر تحديد الإقامة) _____

Will im Landkreis Görlitz **wohnen**? (أريد السكن في دائرة جورليتز) ja (نعم) nein (لا)

Wenn nein, wo? (إذا كانت الإجابة لا، فأين؟) _____ (Wohnort) (محل الإقامة)

Wohnraum für _____ Personen (سكن لـ _____ أشخاص)

Name, Vorname: (اللقب، الاسم) _____ Name, Vorname: (اللقب، الاسم) _____

Name, Vorname: (اللقب، الاسم) _____ Name, Vorname: (اللقب، الاسم) _____

Familiennachzug ist beantragt seit: _____ für _____ Personen:
 تم التقدم بطلب لم شمل الأسرة منذ: _____ لـ _____ أشخاص

Bankverbindung: (الحساب البنكي)

Kreditinstitut: (المؤسسة الائتمانية) _____

IBAN: (رقم الحساب البنكي الدولي) _____

BIC: (الرمز المعرف للبنك) _____

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

_____ :عقد إيجار بدءاً من: _____ مستخرج من السكن الجماعي العام بتاريخ:

Krankenkasse: (التأمين الصحي) _____

Antrag ALG II gestellt am: (طلب إعانة بطالة مقدم بتاريخ) _____

Sonstige Angaben: (بيانات أخرى)

Telefon-/Handynummer: (رقم الهاتف/الجوال) _____ Reisepass: (جواز سفر) _____

Antrag Ausstattung und Kautio n für Wohnung: (طلب تجهيز شقة وتأمينها)

Ummeldung Einwohnermeldeamt: (تسجيل العنوان الجديد بمصلحة تسجيل السكان):

Haftpflichtversicherung: (التأمين ضد الغير):

Anerkennung beruflicher Abschlüsse: (الاعتراف بالمؤهلات المهنية):

Rundfunkgebühren: (رسوم البث الإذاعي):

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.

 Datum

 Unterschrift Antragssteller/in
 oder 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

دائرة جورليتز
مصلحة النظام العام والمرور،
قسم قانون اللاجئين
Bahnhofstr. 24
02826 Görlitz

إعلان موافقة على نقل البيانات
بين الأخصائي الاجتماعي المختص وبين مكاتب ومؤسسات دائرة جورليتز (Görlitz) وبين شركة التطوير نيدرشلايسشه أوبرلاوسيتز د.م.م
(Niederschlesische Oberlausitz mbH)

bitte die deutsche Seite ausfüllen

أنا

مولود بتاريخ: _____

(اللقب، الاسم)

أوافق على أن يتبادل الأخصائي الاجتماعي المختص بي في المؤسسات المذكورة أدناه والأخصائي الاجتماعي المختص في مؤسسة أخرى تدرج تحت المؤسسة المذكورة البيانات المطلوبة والمُخزّنة وذات الصلة بالاندماج والخاصة بشخصي والضرورية من أجل اندماجي لغويًا ومدرسيًا ومهنيًا واجتماعيًا في ألمانيا، فيما بينهما ويخزّنها إلكترونياً.

ينطبق هذا بشكل خاص على بيانات: اللقب والاسم والنوع والجنسية والعنوان وتاريخ الميلاد والمؤهل ومستوى الاندماج. وهذه البيانات يُمكن أن تمرّر في إطار الاندماج والرعاية الاجتماعية في دائرة جورليتز بشكلٍ مُتبادل إلى:

- الأخصائيين الاجتماعيين المختصين (الذين يتولون مسؤولية الرعاية الاجتماعية)؛
- مصلحة النظام العام والمرور في دائرة جورليتز (مؤسسة الإسكان الفرعية والرعاية الاجتماعية)؛
- شركة التطوير نيدرشلايسشه أوبرلاوسيتز د.م.م (في إطار إدارة العملية الانتقالية)؛
- مركز التوظيف في دائرة جورليتز - Jobcenter Landkreis Görlitz - (البيانات الضرورية للاندماج)؛
- وكالة العمل في باوتسن - Agentur für Arbeit Bautzen - (البيانات الضرورية للاندماج)؛
- وكالة توظيف الشباب - Jugendberufsagentur - (البيانات الضرورية للاندماج)؛
- هيئة الشؤون المدرسية والرياضية في دائرة جورليتز - Schul- und Sportamt Landkreis Görlitz - (البيانات الضرورية في إطار التعليم المدرسي)؛
- مكتب وزارة الصحة في دائرة جورليتز (من أجل الفحص الطبيّ الأساسي وفي حالة طالبي اللجوء ذوي المهن الطبية: المؤهل)؛
- وكالة التعليم الساكسونية، المكتب المحلي في باوتسن (ينطبق فقط على الأطفال/الصبيان في سن التعليم الإلزامي مع اللقب والاسم وعنوان الوالدين)؛
- الهيئات التعليمية ذات الصلة (لدورات الاندماج/اللغة الألمانية، فرص العمل وفق المادة 5 من قانون إعانة طالبي اللجوء)؛
- مكتب رعاية الشباب بدائرة جورليتز (لخدمات رعاية الأطفال والشباب)
- وسيط لغوي/ مترجم فوري (لخدمات الترجمة)
- غير ذلك: _____

طالما كان ذلك ضروريًا.

يهدف نقل البيانات إلى معرفة مدى توفرّ الإمكانات المهنية والمدرسية ذات الصلة بالاندماج من أجل تسهيل انخراطي في الحياة المجتمعية في ألمانيا، بُغية دعمي وتشجيعي بشكلٍ موجّه أثناء عملية اندماجي.

ولن يتم نقل البيانات الشخصية التي تتجاوز ما سبق. ولديّ الحق في الحصول على معلومات بخصوص مسار عملية التبادل ومحتواها. لقد أشير أمامي إلى أنه بمقتوري أن أعرض نقل البيانات وأسحب موافقتي على ذلك في أي وقت. لقد فهمتُ محتوى هذه الموافقة وتمت مناقشة المسائل العالقة معي. ولقد تم إعلامي فضلاً عن ذلك بأن نقل البيانات الشخصية والبيانات الاجتماعية سيتم وفقاً للأحكام القانونية المنبثقة عن التشريعات الاجتماعية (SGB).

لقد نما إلى علمي أن الامتناع عن الموافقة لن يعود بنتائج قانونية سلبية مباشرة عليّ.

□ لا أحتاج لوسيط لغوي/مترجم فوري، لأنني فهمت المحتوى.

bitte die deutsche Seite ausfüllen

توقيع الوسيط اللغوي

توقيع مُقدّم الطلب أو الممثل القانوني

المكان، التاريخ

يرجى ملء هذه الصفحة في أقرب وقت بعد وصولك إلى هذه الدائرة وإعادة تسليم النسخة الأصلية إلى مصلحة النظام العام والمرور، قسم قانون اللاجئين والأجانب وكذلك القسم المختص بالاندماج

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

دائرة جورليتز
مصلحة النظام العام والمرور،
قسم قانون اللاجئين
Bahnhofstr. 24
02826 Görlitz

إعلان
بشأن الإعفاء من واجب الكتمان الطبيّ والموافقة الخاصة بقانون نقل البيانات

رقم المستند	تاريخ الميلاد	اللقب، الاسم
<i>bitte die deutsche Seite ausfüllen</i>		

أوافق بموجب ذلك على إصدار معلومات طبية وتقديم مستندات طبية أمام مصلحة النظام العام والمرور، قسم قانون اللاجئين، طالما كانت ضروريةً من أجل تلبية واجبات المساعدة وفق قانون إعانة طالبي اللجوء.

فضلاً عن ذلك أعفي الأطباء المعالجين لي وكل الأطباء المشاركين في المعالجة أو التقييم (بشكل متنقل/مستقر) من واجب الكتمان القانوني فيما يتعلق بالفحوصات الإضافية في إطار التقييمات والإيضاحات بالنظر إلى التكاليف الأولية، للعمليات العلاجية المقررة. يُسمح لأطباء التقييم والعلاج بتبادل المعلومات، طالما كانت ضروريةً في القرارات الواجب اتخاذها. وينطبق هذا أيضاً على القرارات دون المشاورة الشفهية. يُسمح بتأاحة البيانات الطبية المتوفرة في إطار التقييمات والفحوصات الأولية (من قبيل فحوصات الدم لمعرفة حالة التطعيم، وفحوصات مرض السكري، ونتائج فحوصات مرض السل) لأطباء المعالجة اللاحقة عند الضرورة، من أجل تجنب الفحوصات المزدوجة والمضاعفة.

أنا أكفل تبادلاً للبيانات والمعلومات بين الهيئات الاجتماعية الراعية لي (المرافق الاجتماعية)، وبين المترجمين الفوريين الضروري وجودهم لعملية التفاهم وبين موظفي مكتب الصحة، طالما أن هذا التبادل ضروريٌّ لرعايتي الصحية والإشراف الطبي. ولقد تم إعلامي فضلاً عن ذلك بأن نقل البيانات الشخصية والبيانات الاجتماعية سيتم وفقاً للأحكام القانونية المنبثقة عن التشريعات الاجتماعية (SGB).

والمناسبة إلى جانب الاندماج اللغوي والمدرسي والمهني والاجتماعي هي أيضاً الرعاية الصحية. وأنا أسمح بموجب ذلك باستدعاء المعلومات ووجهات النظر ونقلها. وهذا الإعلان قابل للنقض في أي وقت. لقد قُدمت لي المشورة تفصيلياً حول مغزى هذا الإعفاء ومعناه وحول توابع الامتناع عن ذلك.

يعتبر هذا الإعلان في الوقت نفسه بمثابة موافقة وفق قانون نقل البيانات
 لا أحتاج لوسيط لغوي/مترجم فوري، لأنني فهمت المحتوى.

bitte die deutsche Seite ausfüllen

توقيع الوسيط اللغوي

توقيع مُقَدِّم الطلب أو الممثل القانوني

المكان، التاريخ

يرجى ملء هذه الصفحة في أقرب وقت بعد وصولك إلى هذه الدائرة وإعادة تسليم النسخة الأصلية إلى مصلحة النظام العام والمرور، قسم قانون اللاجئين والأجانب وكذلك القسم المختص بالاندماج