

م Sie bei Ihrer Integration in Deutschland frühestmöglich unterstützen zu können, bitten wir Sie um folgende Informationen.
جهت پشتیبانی از شما در فرآیند ادغام فرهنگی در آلمان به اطلاعات زیر نیاز داریم.

INTEGRATIONSBOGEN - FARSI

برگه ادغام فرهنگی






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

مددکار اجتماعی‌تان به شما در تکمیل این فرم کمک می‌کند.

Bitte in Deutsch ausfüllen!











لطفاً به زبان آلمانی پر نمایید

I. Datenaustausch تبادل اطلاعات

Mann (مرد)  <input type="checkbox"/>	Frau (زن)  <input type="checkbox"/>	
Name: (نام خانوادگی): _____	Vorname: (نام): _____	
Wohnort: (محل اقامت):  _____		
Geburtsdatum/-ort: (تاریخ/محل تولد):  _____	 _____	
Staatsangehörigkeit: (ملیت): _____		
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung	<input type="checkbox"/> Duldung (اجازه اقامت/دولدونگ)	<input type="checkbox"/> liegt noch nicht vor (هنوز موجود نیست)




Qualifikation: تخصص

Ich kann in meiner Muttersprache (من به زبان مادری می‌توانم)

lesen (خواندن) 	<input type="checkbox"/> gut, (خوب،)	<input type="checkbox"/> wenig, (کم،)	<input type="checkbox"/> gar nicht (اصلاً)
schreiben (نوشتن) 	<input type="checkbox"/> gut, (خوب،)	<input type="checkbox"/> wenig, (کم،)	<input type="checkbox"/> gar nicht (اصلاً)
1. Schule (مدرک تحصیلی) 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	wie viel Klassen/Jahre (چند کلاس/سال) _____ von: (از:) _____ bis: (تا:) _____
Abschluss: (مدرک پایانی): 	<input type="checkbox"/> ja (بلی)	<input type="checkbox"/> nein (خیر)	
2. Beruf (مدرک شغلی) 	<input type="checkbox"/> ja (بلی)	<input type="checkbox"/> nein (خیر)	welche (چه مواردی) _____ von: (از:) _____ bis: (تا:) _____
Abschluss: (مدرک پایانی): 	<input type="checkbox"/> ja (بلی)	<input type="checkbox"/> nein (خیر)	
3. Studium (مدرک دانشگاهی) 	<input type="checkbox"/> ja (بلی)	<input type="checkbox"/> nein (خیر)	welche (چه مواردی) _____ von: (از:) _____ bis: (تا:) _____
Abschluss: (مدرک پایانی): 	<input type="checkbox"/> ja (بلی)	<input type="checkbox"/> nein (خیر)	
4. Berufserfahrung als: (سابقه کاری در زمینه:)	<input type="checkbox"/> ja (بلی)	<input type="checkbox"/> nein (خیر)	von: (از:) _____ bis: (تا:) _____
5. Bisherige Tätigkeiten als: (شغل قبلی به عنوان:)	<input type="checkbox"/> ja (بلی)	<input type="checkbox"/> nein (خیر)	von: (از:) _____ bis: (تا:) _____

Integration: (ادغام فرهنگی)

Ich kann mich auf **Deutsch verständigen**

(من می‌توانم به زبان آلمانی ارتباط برقرار کنم) 	<input type="checkbox"/> gut, (به‌خوبی،)	<input type="checkbox"/> wenig, (کم،)	<input type="checkbox"/> gar nicht (اصلاً)
Ich kann Deutsch (به آلمانی می‌توانم) 	<input type="checkbox"/> gut, (به‌خوبی،)	<input type="checkbox"/> wenig, (کم،)	<input type="checkbox"/> gar nicht (اصلاً)
Ich kann Deutsch (به آلمانی می‌توانم) 	<input type="checkbox"/> gut, (به‌خوبی،)	<input type="checkbox"/> wenig, (کم،)	<input type="checkbox"/> gar nicht (اصلاً)

Welche Sprache/n spreche oder verstehe ich: _____





_____ به کدام زبان (ها) صحبت می‌کنم یا آنها را متوجه می‌شوم:

Ich kann während des Asylverfahrens verpflichtet werden einer gemeinnützigen Tätigkeit für

0,80 €/Std nachgehen (**Arbeitsgelegenheiten gem. § 5 AsylbLG / FIM gem. § 5 a AsylbLG**).

من می‌توانم در طول روند پناهندگی برای 0.80 یورو در ساعت فعالیت خیریه انجام دهم (فرصت‌های شغلی مطابق با بند 5 از قانون خدمات متقاضی پناهندگی / اقدامات ادغام پناهجو طبق بند 5a از قانون خدمات متقاضی پناهندگی).

Interesse vorwiegend in den Bereichen: (حوزه های مورد علاقه)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/>  Sprachmittler آموزش زبان | <input type="checkbox"/>  Soziales/Kulturelles اجتماعی/فرهنگی |
| <input type="checkbox"/>  Handwerk/Werkstatt کارگاه/صنایع دستی | <input type="checkbox"/>  Arbeit im Freien کار خارج از منزل |
| <input type="checkbox"/>  Hauswirtschaft اقتصاد خانگی | <input type="checkbox"/>  Sonstiges سایر : _____ |

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

من برای تکمیل پرسشنامه ادغام به میانجی زبان/مترجم شفاهی نیاز ندارم.

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

به من اطلاع داده شد که باید در هنگام دریافت حکم BAMF بلافاصله به اداره اتباع خارجی در این باره اطلاع رسانی کنم.

Datum
تاریخ

Unterschrift Antragssteller/in
oder gesetzliche Vertreter/in
امضا درخواست دهنده یا نماینده قانونی

Unterschrift Sprachmittler
امضای واسطه زبانی در صورت نیاز

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


لطفاً بلافاصله پس از رسیدن به منطقه این صفحه را تکمیل کنید و نسخه اصلی را به اداره نظارت و حمل و نقل، بخش حقوق پناهندگی/افراد خارجی، و قسمت ادغام بازگردانید.



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

پس از صدور مجوز اقامت، صفحه I و II به و نیز به اداره نظارت و حمل و نقل، بخش حقوق پناهندگی/افراد خارجی و قسمت ادغام ابلاغ شود.



Mann (شوهر) Frau (زن)

Name: (نام خانوادگی): _____ Vorname: (نام): _____

Wohnort: (محل اقامت):  _____

Geburtsdatum/-ort: (تاریخ/محل تولد):  _____ 

Staatsangehörigkeit: (ملیت): _____

(vom Sozialarbeiter auszufüllen) (باید توسط مددکار اجتماعی تکمیل شود)  

Beratung durch Bundesagentur für Arbeit erfolgt (مشاوره دریافت شده از سوی دفتر کار فدرال) ja (بلی) nein (خیر)

Teilnahme am ehrenamtlichen Deutschkurs: (مشارکت در یک دوره داوطلبانه زبان آلمانی) ja (بلی) nein (خیر)

Teilnahme am Integrationskurs: (مشارکت در یک دوره ادغام) ja (بلی) nein (خیر)

Teilnahme an anderen Sprachkursen: (مشارکت در سایر دوره های زبان) ja (بلی) nein (خیر)

Teilnahme an Arbeitsgelegenheiten § 5 AsylbLG / FIM: (مشارکت در فرصت های شغلی بند 5 از قانون خدمات / متقاضی پناهندگی / اقدامات ادغام پناهجو): ja, in den Bereichen: (بلی، در حوزه های): _____

Sprachmittler (زبان) (میانجی زبان) Soziales/Kulturelles (امور اجتماعی/فرهنگی) (امور اجتماعی/فرهنگی)

Handwerk/Werkstatt (کارهای دستی/کارگاه تخصصی) (کارهای دستی/کارگاه تخصصی) Garten/Tätigkeiten im Freien (کار باغبانی/خارج از منزل) (کار باغبانی/خارج از منزل)

Hauswirtschaft (خانه داری) (خانه داری) Sonstiges: (سایر موارد): _____

Teilnahme an weiteren Maßnahmen (Was/Wo): _____

مشارکت در سایر فعالیت ها (کدام/کجا): _____

Deutschkenntnisse Stand: (میزان دانش در زبان آلمانی): _____

Schulbesuch: (حضور در مدرسه): _____ Kita: (کودکستان): _____

(vom Flüchtling zusammen mit dem Sozialarbeiter auszufüllen) (باید توسط پناهنده و مددکار اجتماعی تکمیل شود)

Aufenthaltstitel: (عنوان اقامت برای اهداف خاص): _____ (با مشخصات §§) (unter Angabe §§) _____ (با مشخصات §§) (unter Angabe §§) _____

bzw. Fiktionsbescheinigung (یاویزای مشروط) _____ (با مشخصات §§) (unter Angabe §§) _____

Gültig seit: (معتبر از): _____

Gültig bis: (معتبر تا): _____

wohntortbeschränkende Auflage: (شرایط محدود به محل اقامت): _____

Will im Landkreis Görlitz **wohnen**? (قصد دارید در منطقه Görlitz زندگی کنید؟) ja (بلی) nein (خیر)

Wenn nein, wo? (اگر نه، کجا؟) _____ (Wohnort) (محل اقامت)

Wohnraum für _____ Personen (نفر) (فضای مسکونی برای)

Name, Vorname: (نام، نام خانوادگی): _____ Name, Vorname: (نام، نام خانوادگی): _____

Name, Vorname: (نام، نام خانوادگی): _____ Name, Vorname: (نام، نام خانوادگی): _____

Familiennachzug ist beantragt seit: (تقاضای دعوت خانواده از تاریخ درخواست شده است): _____

für _____ Personen: (نفر) (برای)

Bankverbindung: (اطلاعات بانکی)

Kreditinstitut: (موسسه اعتباری): _____

IBAN: (شماره حساب بانک بین المللی): _____

BIC: (شناسه کسب و کار): _____

Auszug aus GU/dez. (از مرکز خارج شده اید؟) (اقامت در:)		_____	Wohnung am: (از پناهگاه بیرون رانده شده اید (از مرکز خارج شده اید؟))	_____
Mietvertrag ab: (اجاره نامه از:)		_____		
Krankenkasse: (بودجه بیمه سلامت:)		_____		
Antrag ALG II gestellt am: (تقاضای ALG II بایگانی شده در:)		_____		
<u>Sonstige Angaben: (سایر اطلاعات:)</u>				
Telefon-/Handynummer: (شماره تلفن/موبایل:)		_____	Reisepass: (گذرنامه:)	_____
Antrag Ausstattung und Kaution für Wohnung:				
(درخواست برای مبلمان و مبلغ رهن برای محل اقامت:)		<input type="checkbox"/>		
Ummeldung Einwohnermeldeamt: (دفتر ثبت:)		<input type="checkbox"/>	Haftpflichtversicherung: (بیمه مسئولیت:)	<input type="checkbox"/>
Anerkennung beruflicher Abschlüsse:				
(تایید مدارک تحصیلی:)		<input type="checkbox"/>	Rundfunkgebühren: (هزینه های رادیو:)	<input type="checkbox"/>

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

(Name, Vorname),

geboren am: _____

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 sind 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 Aufgabe 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 erforderliche Angaben);
- das Gesundheitsamt Landkreis Görlitz (zur medizinischen Grunduntersuchung und bei Asylbewerbern mit medizinischen Berufen -> Qualifikation);
- das Sächsische Bildungsagentur, Regionalstelle Bautzen (betrifft nur schulpflichtige Kinder/Jugendliche sowie Name, Vorname, Adresse der Eltern);
- die entsprechenden Bildungsträger (für Integration-/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 hinaus gehende 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

منطقه Görlitz
اداره نظارت و حملو نقل
بخش حقوق پناهندگی/افراد خارجی
Bahnhofstr. 24
02826 Görlitz

رضایتنامه جهت ارسال اطلاعات
بین مددکار اجتماعی و ادارات منطقه گورلیتز

bitte die deutsche Seite ausfüllen

من

متولد:

اینجانب (نام و نام خانوادگی)

اطلاعات شخصی برداشت و ثبت شده من را در خصوص ادغام فرهنگی در آلمان از نظر زبانی، تحصیلی، شغلی و اجتماعی (که برای بررسی نیز مورد نیاز هستند) به صورت متقابل مبادله و ذخیره نمایند. این اطلاعات به‌ویژه شامل موارد زیر می‌شوند: نام، نام خانوادگی، جنسیت، ملیت، نشانی، تاریخ تولد، تخصص، وضعیت ادغام فرهنگی. این اطلاعات می‌توانند در راستای ادغام فرهنگی و خدمات اجتماعی در منطقه گورلیتز به‌صورت متقابل بین ادارات زیر در صورت نیاز مبادله شوند:

- مددکار اجتماعی مسئول (که اطلاعات مربوط به خدمات اجتماعی را ثبت می‌کند)؛
- اداره نظارت و حمل و نقل، منطقه Görlitz (اداره پایین‌دست اسکان و خدمات اجتماعی)؛
- مرکز کارپایی منطقه گورلیتز (اطلاعات لازم برای ادغام فرهنگی)؛
- سازمان اشتغال جوانان (اطلاعات لازم برای ادغام)؛
- اداره کارپایی باوتزن (اطلاعات لازم برای ادغام فرهنگی)؛
- اداره مدارس و ورزش منطقه گورلیتز (اطلاعات لازم برای تحصیلات مدرسه‌ای)؛
- اداره سلامت منطقه گورلیتز (دریاره معاینه پزشکی پایه و پناهجویان در مشاغل پزشکی: تخصص)؛
- آژانس آموزش ایالت زاکسن، دفتر باوتزن (تنها برای کودکان/نوجوانان سنین مدرسه و نام، نام خانوادگی، نشانی والدین)؛
- مرکز آموزشی مربوطه (برای کلاس‌های آلمانی/ادغام فرهنگی، AGH § 5 AsylbLG)؛
- دفتر رفاه جوانان منطقه Görlitz (برای خدمات کمک به کودکان و جوانان)
- میانجی زبان/ مترجم شفاهی (برای خدمات ترجمه)؛
- سایر:

انتقال اطلاعات به هدف کسب اطلاع از امکانات موجود شغلی، تحصیلی و ادغام فرهنگی برای پذیرش من در جامعه آلمان، انجام می‌شود تا به‌صورت هدفمند از ادغام فرهنگی من پشتیبانی شود.
اطلاعات بیشتر شخصی ارسال نمی‌شوند. من حق دارم درباره فرآیند و محتوای تبادل اطلاعات، اطلاع کسب نمایم.
به من اطلاع داده شد که می‌توانم با تبادل اطلاعات مخالفت نموده و یا رضایت خود را پس بگیرم. به‌علاوه می‌دانم که تبادل اطلاعات بر اساس مقررات قانون خدمات اجتماعی (SGB) انجام می‌شود.
به من توضیح داده شد که عدم رضایت تأثیر منفی مستقیمی برای من ندارد.
 من به یک میانجی زبان/مترجم شفاهی نیاز ندارم. من این محتوا را متوجه می‌شوم.

bitte die deutsche Seite ausfüllen

تاریخ

امضای واسطه زبانی در صورت نیاز

امضا در خواست دهنده یا نماینده قانونی

لطفاً بلافاصله پس از رسیدن به منطقه این صفحه را تکمیل کنید و نسخه اصلی را به اداره نظارت و حمل و نقل، بخش حقوق پناهندگی/افراد خارجی و قسمت ادغام بازگردانید.

zurück an:

Landkreis 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.

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

منطقه Görlitz
اداره نظارت و حمل و نقل،
بخش حقوق پناهندگی/افراد خارجی
Bahnhofstr. 24
02826 Görlitz

رضایت‌نامه
برای رفع الزام به رازداری پزشکی و رضایت از تبادل اطلاعات

شماره پرونده	تاریخ تولد	نام و نام خانوادگی
<i>bitte die deutsche Seite ausfüllen</i>		

بدین‌وسیله با ارسال اطلاعات پزشکی و ارائه مدارک پزشکی به اداره پناهجویان/اتباع بیگانه، تا جایی که برای ارائه خدمات قانون خدمات پناهجویان لازم است، موافقت می‌کنم.

به‌علاوه پزشک معالج و تمام پزشکانی که در درمان یا معاینات شرکت دارند (سرپایی/بستری) را از رازداری پزشکی مربوط به معاینات تکمیلی در راستای معاینات تخصصی، شرح هزینه‌ها، برای درمان‌های موردنظر، معاف می‌نمایم. پزشکان معالج و معاینه‌کننده اجازه دارند اطلاعات را تبادل نمایند، تا جایی که برای اخذ تصمیمات لازم باشد. این موضوع شامل تصمیمات بر اساس وضعیت پرونده نیز می‌شود. اطلاعات پزشکی که در راستای معاینات اولیه و بررسی‌های پزشکی برداشت شده‌اند (مثلاً آزمایش خون برای تشخیص وضعیت واکسیناسیون، معاینات هیپاتیت، نتایج معاینات سل) می‌توانند در صورت نیاز در اختیار پزشکان بعدی قرار داده شوند، تا از تکرار بی‌دلیل معاینات خودداری شود.

اجازه تبادل متقابل اطلاعات و داده‌ها بین ارائه‌دهندگان خدمات اجتماعی به من (مراکز محلی/غیر مرکزی)، که برای اطلاع‌رسانی به مترجم و همکاران اداره سلامت لازم است، تا جایی که برای مراقبت‌های پزشکی من لازم باشد را می‌دهم.

به‌علاوه می‌دانم که اطلاعات فردی من بر اساس مقررات قانون خدمات اجتماعی (SGB) ارسال و تبادل می‌شوند. در کنار اهداف ادغام فرهنگی زبانی، تحصیلی، شغلی و اجتماعی، اهداف سلامتی نیز دنبال می‌شوند. بدین‌وسیله اجازه برداشت و ارسال اطلاعات و داده‌ها را می‌دهم. این رضایت در هر زمانی قابل‌ابطال است. به من به‌طور کامل درباره هدف از رفع الزام به رازداری و درباره نتایج خودداری از ارائه رضایت، اطلاع داده شد.

این اعلامیه به عنوان یک رضایت حریم خصوصی به‌طور همزمان معتبر است
 من به یک میانجی زبان/مترجم شفاهی نیاز ندارم. من این محتوا را متوجه می‌شوم.

bitte die deutsche Seite ausfüllen

تاریخ

امضا درخواست دهنده یا نماینده قانونی

امضای واسطه زبانی در صورت نیاز

لطفاً بلافاصله پس از رسیدن به منطقه این صفحه را تکمیل کنید و نسخه اصلی را به اداره نظارت و حمل و نقل – بخش حقوق پناهندگی/افراد خارجی و نیز قسمت ادغام بازگردانید