



Flüchtlingsinitiative Lohmar-Siegburg e.V.

Vordruck: Erstkontakt

Intern

Bitte für jede Person einer Familie einen separaten Vordruck ausfüllen. Ggf. können die Blätter zusammengeheftet werden.

Optimal ist es, wenn der Vordruck direkt am PC in den Formularvordruck eingetragen wird. Vorteile: gut leserlich und sofort als Datei weiter verwendbar. Dokumente direkt einscannen. Zu jeder Neuaufnahme einen eigenen Ordner als Datei anlegen.

Das evtl. Aktenzeichen der FI wird von der FI selbst vergeben: Az/FI: _____

1. Persönliche Daten

1.1. Datum der Aufnahme: _____ Aufnahme durch: _____

Laufende Nr.: _____

1.2. Name: _____ Vorname: _____

1.3. Adresse: _____

1.4. Geb.: _____ Alter: _____ Jahre männlich weiblich

1.5. Staatsangehörigkeit: _____

1.6. Sprache(n) zur Verständigung: _____

1.7. Schulbildung/Beruf: _____

1.8. Einreisegrund: Asyl _____

1.9. Kontaktmöglichkeit (Handy, Email): _____

2. **Familienstand**

2.1. ledig

verheiratet; Name des Partners: _____

(Separat erfassen, wenn zusammen eingereist: Anlage, Seite ____)

2.2. Kinder: Junge/Mädchen/Alter/Geb.

(Separat erfassen, wenn zusammen eingereist: Anlage, Seite ____)

2.3. Familienangehörige sind noch in _____

2.4. Angehörige in Deutschland (Name, Adresse, Email, Handy, Telefon)

Name: _____

Az/FI: _____

3. **Verfahrensstand**

3.1. Datum der Einreise nach Deutschland: _____

3.2. Aktenzeichen beim Bundesamt: _____

3.3. Aktenzeichen bei der AuslBeh.: _____

3.4. Rechtsanwalt/-anwältin: _____ Az: _____

3.5. Derzeitiges Aufenthaltspapier: _____

(Kopie in Anlage beifügen, Seite ____)

3.6. **Anhörung, Befragung zu Fluchtgründen:**

erfolgt am _____ in _____

(Protokoll in Kopie als Anlage, Seite ____)

noch nicht erfolgt.

4. **Gesundheit**

4.1. Gesundheitliche Erstuntersuchung: liegt vor: ja nein

4.2. Impfpass ja nein

4.3. Schwangerschaft ja nein

Wenn ja, wievielte Woche: _____ Woche

4.4. Behinderung ja nein

Wenn ja, welche? _____

4.5. Besondere Medikamente: ja nein

Wenn ja, welche? _____

4.6. Traumatisierung wahrscheinlich ja eher nein

Wenn ja, Grund: _____

4.7. Besondere Auffälligkeiten ja nein

Wenn ja: _____

5. **Problemsituation**

5.1. Aufenthalt _____

5.2. Unterkunft Träger: _____

5.3. Versorgung Az Sozialamt, Ansprechpartner _____

5.4. Finanzen _____

5.5. Sprache _____

5.6. Ansprechpartner in Arbeitsgruppe: _____

6. **Formalien**

6.1. Schweigepflichtsentbindung unterschrieben erhalten, Anlage Seite ____

6.2. Datenschutzerklärung unterschrieben erhalten, Anlage Seite ____

6.3. Bevollmächtigung unterschrieben erhalten, Anlage Seite ____

6.4. Erklärung zur Beratung unterschrieben erhalten, Anlage Seite ____