






0, Um Sie bei Ihrer Integration in Deutschland frühestmöglich unterstützen zu können, bitten wir Sie um folgende Informationen (З метою пришвидшення Вашої інтеграції в Німеччині, ми просимо Вас про надання наступної інформації)



INTEGRATIONSBOGEN FÜR ERWACHSENE (AB 18 J.) FÜR VERTRIEBENE AUS DER UKRAINE ІНФОРМАЦІЙНА АНКЕТА ДЛЯ ПОВНОЛІТНІХ (18+) ОСІБ БІЖЕНЦІВ З УКРАЇНИ









Bitte in Deutsch ausfüllen!
Прохання заповнити анкету німецькою мовою

I. Datenaustausch/Надання особових даних




Mann  <input type="checkbox"/>	Frau  <input type="checkbox"/>
Чоловік.	Жінка
Name: _____	Vorname: _____
Прізвище	Ім'я
Derzeitiger Wohnort:  _____	
Дійсна адреса проживання (в Німеччині)	
Geburtsdatum/-ort:  _____  _____	
Дата та місце народження	
Staatsangehörigkeit: _____	
Громадянство	

Qualifikation/Кваліфікація:

Ich kann in meiner Muttersprache	lesen 	<input type="checkbox"/> gut,	<input type="checkbox"/> wenig,	<input type="checkbox"/> gar nicht
Я можу рідною мовою	читати	добре	мало	зовсім ні
	schreiben 	<input type="checkbox"/> gut,	<input type="checkbox"/> wenig,	<input type="checkbox"/> gar nicht
	писати	добре	мало	зовсім ні

- Schule/Школа    wie viel Klassen/Jahre _____ von: _____ bis: _____
скільки класів/років від до
Abschluss/Завершена шкільна освіта  ja/так nein/ні
- Beruf/Професійна освіта  ja/так nein/ні welche/яка _____
von/z _____ bis/do _____
Abschluss/Завершена професійна освіта  ja/так nein/ні
- Studium/Вища освіта  ja/так nein/ні welches/яка _____
von/z _____ bis/do _____
Abschluss/Диплом  ja/так nein/ні
- Berufserfahrung als: _____ von: _____ bis: _____
Професійний досвід: від: до:

Integration/Інтеграція:

Ich kann mich auf Deutsch verständigen 	<input type="checkbox"/> gut,	<input type="checkbox"/> wenig,	<input type="checkbox"/> gar nicht
Я можу порозумітися німецькою мовою	добре	мало	зовсім ні
Ich kann Deutsch lesen 	<input type="checkbox"/> gut,	<input type="checkbox"/> wenig,	<input type="checkbox"/> gar nicht
Я можу читати німецькою мовою	добре	мало	зовсім ні
Ich kann Deutsch schreiben 	<input type="checkbox"/> gut,	<input type="checkbox"/> wenig,	<input type="checkbox"/> gar nicht
Я можу писати німецькою мовою	добре	мало	зовсім ні

Welche Sprache/n spreche oder verstehe ich: _____
Якою мовою/мовами я розмовляю чи розумію

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

Мені не потрібен лінгвіст/перекладач для заповнення інтеграційної анкети. Я зрозумів/ла запитання та надав/ла відповідну інформацію, наскільки мені відомо.

Bitte melden Sie sich umgehend beim Einwohnermeldeamt an!

Просимо негайно зареєструватись у Відділі реєстрації мешканців!

Datum/Дата

Unterschrift Antragssteller/in
Підпис заявника
oder gesetzliche Vertreter/in
або законного представника

Unterschrift Sprachmittler
Підпис мовного посередника

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

Прохання заповнити цю сторінку одразу після прибуття в Земельний округ та надіслати її в оригіналі до **Управління з питань правопорядку та безпеки дорожнього руху, Відділу з питань біженців/прав іноземців – пан Вальтер**

Надіслати до:

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

Земельний округ Гьорліц
Управління з питань правопорядку
та Безпеки дорожнього руху,
Відділ до справ біженців/прав іноземців
Вулиця Банхофштрассе 24
02826 Гьорліц

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

Заява про згоду на передачу даних між відповідальним соціальним працівником та Управліннями і органами влади Земельного округу Гьорліц

Ich/Я

(Name, Vorname)
Прізвище, ім'я

geboren am/_____
дата народження

Я погоджуюся на передачу інформаційних даних щодо моєї особи компетентним в питаннях моєї інтеграції співробітникам нижче перерахованих відомств, з метою передачі іншим установам наданих мною в користування моїх особистих даних і збережених даних, які стосуються питань інтеграції, необхідні для моєї мовної, шкільної, професійної та соціальної інтеграції в Німеччині. При цьому вказані установи мають право обмінюватися цими даними в двосторонньому порядку і зберігати їх в електронному вигляді.

Зокрема, це стосується даних про: прізвище, ім'я, стать, громадянство, адресу, дату народження, кваліфікацію, рівень інтеграції. В рамках інтеграції та соціального забезпечення в Земельному окрузі Гьорліц цією інформацією можна обмінюватися в двосторонньому порядку поміж:

- компетентними соціальними працівниками (які беруть на себе завдання соціальної опіки)
- Управлінням з питань правопорядку та Безпеки дорожнього руху Земельного округу Гьорліц (нижче управління з питань розселення та соціальної опіки)
- Центром зайнятості Земельного округу Гьорліц (інформація необхідна для інтеграції);
- Федеральним агентством працевлаштування в Баутцені (інформація необхідна для інтеграції)
- Агентством зайнятості молоді (інформація необхідна для інтеграції)
- Відомством з питань шкільної освіти і спорту Земельного округу Гьорліц (інформація, пов'язана зі шкільною освітою);

- Відділом охорони здоров'я Земельного округу Гьорліц (для медичних оглядів і для біженців з медичними професіями -> Кваліфікація)
 - Агенство освіти Саксонії, регіональний відділ у Баутцені (стосується лише дітей/підлітків шкільного віку, а також прізвище, ім'я та адреса батьків);
 - відповідними освітніми центрами (інтеграційні курси, курси з вивчення німецької мови)
 - Відомством у справах дітей і молоді Земельного округу Гьорліц (для надання допомоги дітям та молоді)
 - Мовними посередниками/ Перекладачами (для Перекладів);
 - Відомством Шкільної освіти і Освітніми центрами
 - Додаткова інформація: _____
- для передачі, куди необхідно

Мета передачі моїх особистих даних полягає в тому, щоб отримати уявлення про мої наявні професійні та шкільні можливості для моєї інтеграції в суспільне життя Німеччини, для одержання цілеспрямованої підтримки та заохочення в процесі моєї інтеграції.

Передача додаткової особистої інформації не передбачена. Я маю право на отримання інформації щодо змісту і процесу обміну моїми особистими даними.

Мені відомо, що я можу заперечити проти передачі моїх даних та відкликати свою згоду в будь-який час. Я зрозумів текст згоди, зі мною обговорювалися відкриті питання. Мені також відомо, що персональні та соціальні дані передаються відповідно до законодавчих вимог соціального законодавства (SGB).

Мене повідомили, що відмова надати мою згоду не матиме для мене прямих несприятливих правових наслідків.

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

Мені не потрібен мовний посередник/Перекладач. Я розумію зміст.

Datum/Дата

Unterschrift Antragssteller/in
Підпис заявника
oder gesetzliche Vertreter/in
або законного представника

Unterschrift Sprachmittler
Підпис мовного посередника

Надіслати до:

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

Заява

про звільнення лікарів від обов'язку збереження медичної конфіденційності (лікарської таємниці) та згоди відповідно до законодавства про дані

Прізвище, Ім'я	Дата народження	Номер особової справи

Я даю згоду на надання медичної інформації та надання медичних документів Управлінню з питань правопорядку та безпеки дорожнього руху, Відділу з питань біженців/прав іноземців, якщо вони необхідні для виконання завдань з надання допомоги відповідно до Закону про пільги для шукачів притулку.

Крім того, я звільняю лікарів, які мене лікують, і всіх лікарів, які беруть участь у лікуванні або діагностиці (амбулаторно/стаціонарно) від законодавчого обов'язку зберігати конфіденційність (лікарську таємницю) щодо додаткових оглядів у контексті оцінок, роз'яснень щодо кошторису витрат на лікування. Лікуючі лікарі а також лікарі, що здійснюють діагностику і обстеження, можуть обмінюватися інформацією, якщо це необхідно для прийняття рішень. Це також стосується рішень на основі опрацювання медичної документації.

Медичні дані, отримані під час проведення оцінок і первинних оглядів (наприклад, аналіз крові на вакцинований статус, обстеження на гепатит, результати обстеження на туберкульоз), можуть бути доступні лікарям після лікування, якщо це необхідно, щоб уникнути подвійних і багаторазових оглядів.

Я дозволяю взаємний обмін даними та інформацією між Соціальними службами, які доглядають за мною (місцевими і центральними), перекладачами, необхідними для спілкування, та працівниками відділу охорони здоров'я, якщо обмін необхідний для охорони мого здоров'я та надання медичного обслуговування.

Мені також відомо, що мої персональні та соціальні дані передаються відповідно до законодавчих вимог соціального законодавства (SGB).

Крім мовної, шкільної, професійної та соціальної інтеграції, з метою профілактичної охорони здоров'я.

Я даю свою згоду на збір та передачу інформації чи висновків.

Я маю право на відкликання моєї згоди в будь який час.

Мене детально проінформували про значення та мету цього звільнення від конфіденційності та наслідки відмови.

Ця заява одночасно є правовим документом-згодою відповідно до законодавства про захист особових даних.

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

Мені не потрібен мовний посередник/Перекладач. Я розумію зміст.

Datum/Дата

Unterschrift Antragssteller/in
Підпис заявника
oder gesetzliche Vertreter/in
або законного представника

Unterschrift Sprachmittler
Підпис мовного посередника