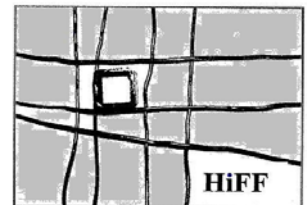


Wir bitten zur Anmeldung für ein Erstgespräch um das Ausfüllen des folgenden Anmeldebogens – soweit die Daten verfügbar sind – und, mit Einverständnis des Betroffenen, um die Zusendung per Post an: Caritas Augsburg, HiFF Projekt, Auf dem Kreuz 41, 86152 Augsburg



Diese Daten werden für die Bearbeitung Ihrer Anmeldung benötigt und nur zu diesem Zweck bearbeitet und gespeichert. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Sie können uns später bitten, dass wir Ihren Anmeldebogen löschen. Dafür reicht ein Anruf an 0821/3156421 oder eine E-Mail an Info.HiFF@caritas-augsburg.de.

Hilfsnetzwerk
Für
Flüchtlinge

Anmeldung

Name des/der Betroffenen <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau		Adresse	
Telefonnummer			
Geburtsdatum		Einreisedatum	
Herkunftsland		Sprachkenntnisse <i>Herkunftssprache und sonstige Sprachen</i>	
Aufenthaltsstatus		Sozialamt/ Krankenkasse?	
Familiensituation	<input type="radio"/> allein stehend <input type="radio"/> allein erziehend, mit Kindern lebend	<input type="radio"/> mit (Ehe)Partner lebend <input type="radio"/> sonstiges: _____	<input type="radio"/> mit (Ehe)Partner und Kindern lebend
Wer meldet an?			
Weitere Kontaktperson(en) (Sozialberater, Betreuer, Familienhilfe, Ehrenamtliche, ...) <i>Name und Kontaktdaten</i>			
HausärztIn (<i>Name und Adresse</i>)	RechtsanwältIn (<i>Name und Adresse</i>)		
PsychiaterIn (<i>Name und Adresse</i>)	Klinik (<i>Name und Adresse</i>)		



Gefördert durch
Bayerisches Staatsministerium des
Innen, für Sport und Integration



Dieses Projekt wird aus Mitteln des Asyl-,
Migrations- und Integrationsfonds



Medikamente			
Vordiagnosen (bitte, wenn vorhanden, Berichte mitschicken)			
Anliegen aus Sicht des/der Betroffenen (Für welche Beschwerden, Symptome, Probleme suchen Sie Hilfe?)			
Anliegen aus Sicht des/der Anmeldenden (Wie macht sich die Symptomatik oder Problematik aus Ihrer Sicht bemerkbar?)			
Behandlungsrelevante Vorgeschichte (Sind traumatische Ereignisse bekannt? Gibt es Foltererfahrungen?)			
Bemerkungen			
Wie kommt der/die Betroffene zu uns?	<input type="radio"/> begleitet (PKW)	<input type="radio"/> mit öffentlichen Verkehrsmitteln	<input type="radio"/> sonstiges: _____
Der/die Betroffene kann kommen	<input type="radio"/> immer	<input type="radio"/> nur nachmittags	<input type="radio"/> nur vormittags
	<input type="radio"/> nur an bestimmten Tagen: _____		

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Daten an die Mitarbeiter des HiFF-Projektes weitergegeben werden:

Ort, Datum

Unterschrift der/des Betroffenen



Gefördert durch
Bayerisches Staatsministerium des
Innen, für Sport und Integration



Dieses Projekt wird aus Mitteln des Asyl-,
Migrations- und Integrationsfonds

