

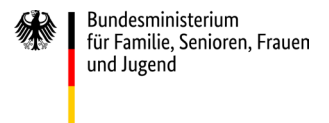
Postanschrift:

PSZ
Sudenburger Wuhne 4
39112 Magdeburg

Telefon: 03471 37407000
Mobil: 0160 4601647
Fax: 03471 37407030
E-Mail: avb@psz-sachsen-anhalt.de
Internet: www.psz-sachsen-anhalt.de

Bitte zurücksenden an:	Mail: avb@psz-sachsen-anhalt.de (Magdeburg, Halle, Stendal) Fax: 03471-37 40 7030 Post: PSZ, Sudenburger Wuhne 4, 39112 Magdeburg
------------------------	---

Gefördert durch:



ANMELDEBOGEN Asylverfahrensberatung

Datum:	
--------	--

Angaben zur Person

Name, Vorname:	
Geschlecht:	
Geburtsdatum:	
Kontaktdaten: (Anschrift/ Telefonnummer/ E-Mail)	Wichtig! Wenn sich Ihre Kontaktdaten ändern, unbedingt informieren.
Herkunftsland:	
Aufenthaltsstatus (bitte Kopie mit senden):	
Sprache(n):	
Dolmetscher erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zum Asylverfahren

Anliegen:	<input type="checkbox"/> allg. Beratung <input type="checkbox"/> Anhörungsvorbereitung <input type="checkbox"/> Bescheid BAMF <input type="checkbox"/> Klageverfahren <input type="checkbox"/> Dublinverfahren
In medizinischer Behandlung:	
Bereits vorliegende Diagnosen	(Arztberichte, wenn vorhanden in Kopie mit senden):
Rechtsanwalt/in:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verdacht auf Vulnerabilität:	<input type="checkbox"/> unbegleitete Minderjährige <input type="checkbox"/> körperliche oder psychische Erkrankung/Störung <input type="checkbox"/> Opfer von Menschenhandel <input type="checkbox"/> Folter od. sex./psych./phys. Gewalt <input type="checkbox"/> LSBTIQ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Ich möchte keine Angaben machen
Anmeldende Institution und Kontaktdaten:	
Weitere wichtige Kontaktpersonen:	
Unterschrift der angemeldeten Person (oder eines Erziehungsberechtigten/ Vormund):	