|  |
| --- |
| Absenderadresse |
|  |
| Zeile1EmpfängerBAMFOrgeEZeile2EmpfängerBAMFOrgEZeile3EmpfängerBAMFOrgEZeile4EmpfängerBAMFOrgE |

**Bearbeitende Stelle:**

**Land, bearbeitende Stelle**

Hausanschrift: HausStrasse

 HausPLZOrt

Postanschrift: PostStrasse

 PostPLZOrt

Tel.:

Fax:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mein Zeichen, meine Nachricht vom | Ihr Zeichen | 🕿 (Durchwahl) | Datum |
| FremdAzAE | BAMFAz | Durchwahl | DokDatum |
|  **(bei Antwort bitte angeben)** |  |  |  |

**Meldebogen personenbezogene Daten**

**zur Durchführung der Anhörung im Asylverfahren nach § 8 Abs. 1b AsylG**

**und Hinweis auf eventuelle Vulnerabilitäten**

AZR-Nummer: AstAZRNummer (Einfachnennung)

D-Nummer: AstDNummer

AKN-Nummer: AstAKNNummer

Nach **§ 8 Abs. 1b AsylG** können die Länder dem BAMF personenbezogene Daten über körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen eines Ausländers übermitteln, deren Kenntnis für das BAMF zur ordnungsgemäßen Durchführung der Anhörung erforderlich ist.

|  |
| --- |
| **1. Personendaten:**Stand: 08.09.2021 |
| **Name:** |       |
| **Vorname:** |       |
| **Geburtsdatum:** |       |
| **Geburtsland:** |       |
| **Geburtsort:** |      **Geburtsort:**AstGebOrt |
| **Staatsangehörigkeit (HKL-Schlüssel):** |       |
| **Geschlecht:** | [ ]  weiblich [ ]  männlich [ ]  divers [ ]  keine Angabe |
| **Familienstand:** | [ ]  ledig [ ]  verheiratet [ ]  verwitwet [ ]  geschieden  |

|  |
| --- |
| **2. Beeinträchtigung gemäß § 8 Abs. 1b AsylG**  |

[ ]  **körperlich**, z.B. (schwere) physische Erkrankung / Behinderung

[ ]  **seelisch**, z.B. (schwere) psychische Erkrankung / Behinderung

[ ]  **geistig**, z.B. beeinträchtigte kognitive Fähigkeiten / Intelligenzstörung (ICD-10)

[ ]  **Sinnesbeeinträchtigung**, insbes. Gehörlosigkeit, Stummheit, Blindheit

|  |
| --- |
| **3. Hinweis auf eventuelle Vulnerabilitäten** (Mehrfachnennung möglich) |
| [ ]  UM [ ]  Alleinerziehende [ ]  Schwangere [ ]  LSBTI [ ]  ältere Menschen\*  |
| [ ]  Opfer von Menschenhandel [ ]  Traumatisierung |
| [ ]  Opfer von Folter, Vergewaltigung u. sonstiger Formen physischer, psychischer, sexueller  Gewalt (z.B. FGM) |

\* Personen über 65 Jahre oder Personen, die aufgrund ihrer individuellen Entwicklung in Kombination mit ihrem Alter als besonders schutzbedürftig anzusehen sind.

|  |
| --- |
| **4. Stellungnahme zu eventuellen Vulnerabilitäten** Z.B. Auffälligkeiten im Verhalten, für die Anhörung relevante Symptome, ggfs. vorhandene Diagnosen. |
| [ ] vermutet [ ]  Diagnose liegt vor (ärztliche Bescheinigung ist beigefügt) |
| Freitext für Stellungnahme |
| [ ] vermutet [ ]  Diagnose liegt vor (ärztliche Bescheinigung ist beigefügt) |
| Freitext für Stellungnahme |
| [ ] vermutet [ ]  Diagnose liegt vor (ärztliche Bescheinigung ist beigefügt) |
| Freitext für Stellungnahme |

|  |
| --- |
| **5. Besondere Bedürfnisse für die Durchführung der Anhörung** Z.B. Barrierefreiheit (Rollstuhlfahrer), Zugang zu Kommunikation (Gebärdendolmetscher), Vorlesen von Schriftstücken (Blinde, Analphabeten), Bitte um Einsatz einer Anhörungsperson / einer dolmetschenden Person eines bestimmten Geschlechts (Bereitstellung, soweit verfügbar). |
| Freitext besondere Bedürfnisse |

|  |
| --- |
| **6. Bereits ergriffene oder geplante Maßnahmen der meldenden Stelle** Z.B. separate Unterbringung oder Weiterleitung an Fachärzte. |
| Freitext ergriffene oder geplante Maßnahmen |

Vorhandene Dokumente:

[ ]  ärztliche Bescheinigung [ ]  sonstige Belege

Im Auftrag

Bearbeiter