|  |
| --- |
| Absenderadresse |
|  |
| Zeile1EmpfängerBAMFOrgeE  Zeile2EmpfängerBAMFOrgE  Zeile3EmpfängerBAMFOrgE  Zeile4EmpfängerBAMFOrgE |

**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