

# Klientenfragebogen

Fall # \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-ort.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Herkunftsland: \_\_\_\_\_

Zielland: \_\_\_\_\_

In Deutschland seit: \_\_\_\_\_

Aufenthaltsstatus: \_\_\_\_\_

Reisepapiere: \_\_\_\_\_

Sprachkenntnisse: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner Sozialamt: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner Ausländerbehörde: \_\_\_\_\_

Familienangehörige:

Name	Vorname	Alter/Geb.datum	Bemerkungen

Bemerkungen:

Datum	Ansprechpartner	Abgesprochen

IOM Antrag gestellt am: \_\_\_\_\_

Ausreisedatum: \_\_\_\_\_

Gesundheitl.Einschränk.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_