

## Anhörung zur Feststellung der Teilnahmeberechtigung/ -verpflichtung am Integrationskurs

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>

1. Befinden Sie sich zum jetzigen Zeitpunkt in einer beruflichen oder sonstigen Ausbildung (allgemeinbildende Schule, Studium, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Haben Sie in der Vergangenheit bereits <input type="checkbox"/> eine allgemeinbildende deutschsprachige Schule besucht? <input type="checkbox"/> eine deutsche Berufsausbildung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> an einer deutschsprachigen Fachhochschule oder Hochschule studiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Nehmen Sie zum jetzigen Zeitpunkt an einem Bildungsangebot im Bundesgebiet teil, das mit einem Integrationskurs vergleichbar ist?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Haben Sie bereits in der Vergangenheit in Deutschland oder im Ausland an einem Sprachkurs oder einer vergleichbaren Integrationsmaßnahme teilgenommen?	<input type="checkbox"/> ja, A1 <input type="checkbox"/> ja, ab A2 <input type="checkbox"/> nein
5. Sind Sie im Besitz eines ausländischen Hochschul- oder Fachhochschulabschlusses (Universitätsabschluss/Bachelor oder Master) oder einer entsprechenden Qualifikation?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Üben Sie zum jetzigen Zeitpunkt eine Erwerbstätigkeit aus, die regelmäßig eine in Punkt 5 genannte Qualifikation erfordert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Besteht die konkrete Absicht eine in Punkt 6 genannte Erwerbstätigkeit in naher Zukunft aufzunehmen? <b>(Bewerbungsbemühungen sind nachzuweisen, Arbeitsverträge vorzulegen)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Liegt bei Ihnen eine gesundheitliche Einschränkung (Behinderung, Pflegebedürftigkeit, etc.) vor, wonach Ihnen die Teilnahme an einem Integrationskurs nicht möglich ist?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Ist ein Familienangehöriger aufgrund einer gesundheitlichen Einschränkung pflegebedürftig und ist es Ihnen aufgrund der Übernahme der Pflege nicht möglich an einem Integrationskurs teilzunehmen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Entsprechende Nachweise sind innerhalb einer Woche vorzulegen!**

Bemerkungen zu Nr. : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte geben Sie hier die gewünschte Sprache an, auf der Sie das „Merkblatt zum Integrationskurs des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge“, **zusätzlich zum deutschen Exemplar** erhalten wollen:

Albanisch <input type="checkbox"/>	Griechisch <input type="checkbox"/>	Farsi <input type="checkbox"/>	Spanisch <input type="checkbox"/>
Amharisch <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>	Polnisch <input type="checkbox"/>	Thailändisch <input type="checkbox"/>
Arabisch <input type="checkbox"/>	Italienisch <input type="checkbox"/>	Portugiesisch <input type="checkbox"/>	Tamil <input type="checkbox"/>
Bulgarisch <input type="checkbox"/>	Japanisch <input type="checkbox"/>	Rumänisch <input type="checkbox"/>	Tigrina <input type="checkbox"/>
Chinesisch <input type="checkbox"/>	Kroatisch <input type="checkbox"/>	Russisch <input type="checkbox"/>	Tschechisch <input type="checkbox"/>
Dari <input type="checkbox"/>	Kurmanci <input type="checkbox"/>	Serbisch <input type="checkbox"/>	Türkisch <input type="checkbox"/>
Englisch <input type="checkbox"/>	Oromo <input type="checkbox"/>	Slowakisch <input type="checkbox"/>	Ungarisch <input type="checkbox"/>
Französisch <input type="checkbox"/>	Pashto <input type="checkbox"/>	Slowenisch <input type="checkbox"/>	Vietnamesisch <input type="checkbox"/>

Datum:	Aufgenommen durch (Nz.):	Unterschrift des Antragstellers / bzw. der Erziehungsberechtigten:
--------	--------------------------	---

Stand: 04.01.2024