|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZIRF-Counselling Formular für Individualanfragen** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kontaktdaten Beratungsstellen:  Bundesland (in dem die anfragende Stelle ansässig ist, zwingende Angabe): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Allgemeine Informationen** |  | Altersgruppe:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 0-2 |  | 3-6 |  | 7-12 |  | 13-17 |  | 18-60 |  | Ü 60 |  |  |  | 18-60 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zielland und -Stadt: | |  | | | | | | | Beruf: | | | | |  | | | |
| Herkunftsland: | |  | | | | | | | Bildungsabschluss: | | | | |  | | | |
|  | Medizinische  Versorgung |  | Arbeits-markt | | |  | Wohn-situation |  | | Aus-/Weiter-bildung |  | Soziales |  | | Öffent-liche Verwalt-ung |  | Schutz-bedürftige Person/en |
|  |  |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Hintergrund-**  **informationen** |  | Die Person leidet an ...  Die Person benötigt die folgende Behandlung ...  Gill Sans fMTsss | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Anfragen** |  | 1. Kann die Person in … behandelt werden? Wenn ja, wo genau? Bitte geben Sie Kontaktdaten (Name, Adresse etc.) der Krankenhäuser und Ärzte/-innen an. 2. Sind folgende Medikamente und ihre Wirkstoffe in … erhältlich? Bitte nennen Sie die offizielle Handelbezeichnung, den Preis pro Packung und die Anzahl der darin enthaltenen Tabletten/Produkte:  * X (Wirkstoff: ) * Y (Wirkstoff: ) * Z (Wirkstoff: )  1. Sind die Behandlung und die Medikamente von einem staatlichen Krankenversicherungssystem abgedeckt? Wie viel muss die Person zahlen, welche Leistungen sind kostenlos? Wie ist der Zugang, die Kosten, Leistungen, etc.? Bitte geben Sie Kontaktdaten (Name, Adresse, Webseite, etc.) von Anlaufstellen an. 2. Bitte machen Sie Angaben zur Dauer bis die Registrierung bei der Krankenversicherung abgeschlossen ist und diese greift, falls verfügbar. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Antwort** |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **BITTE ANKREUZEN:**  Die Individualanfrage wurde im Rahmen einer möglichen freiwilligen Rückkehr aufgenommen. Rückkehrinteressierte wurden im Beratungsgespräch informiert, dass Antworten anonymisiert veröffentlicht werden.  Die Antworten sind auf den Länderinformationsseiten des Informationsportals zu freiwilliger Rückkehr und Reintegration *Returning from Germany* verfügbar: <https://www.returningfromgermany.de/de/countries>. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |