

Integrationsplan

Nummer des Integrationsplans:

Gemeindekennziffer:

Hinweise zum Ausfüllen des Integrationsplanes:

- Die Integrationspläne sollen mit einer fortlaufenden Nummer versehen und nach Möglichkeit digital geführt werden
- Für jede volljährige Person soll ein Integrationsplan erstellt werden.
- Integrationspläne von Ehepaaren werden wie folgt gekennzeichnet:
(minderjährige Kinder werden immer im Integrationsplan a erfasst)
Nummer des Integrationsplanes/a
Nummer des Integrationsplanes/b

Einwilligungserklärung und Datenschutzinformation für das Integrationsmanagement

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Teilnahme am Integrationsmanagement sowie die Angabe jeglicher personenbezogener Daten freiwillig ist. Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ich weiß, dass ich mein Einverständnis ohne für mich nachteilige Folgen verweigern beziehungsweise jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Sinne des Integrationsmanagements erhoben, verarbeitet und genutzt sowie in anonymisierter Form an das mit der Evaluation des Integrationsmanagements beauftragte Institut weitergegeben bzw. übermittelt und dort zum Zwecke der Evaluierung des Integrationsmanagements verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des Landesdatenschutzgesetzes Baden-Württembergs erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Name

Ort, Datum, Unterschrift

Persönliche Daten

Name/Vorname:

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Volkszugehörigkeit:

Religion:

Familienstand: , seit:

Name des Ehepartners/Lebenspartners bzw. der Ehepartnerin/ Lebenspartnerin:

Anzahl der Personen im Haushalt: Anzahl

Weitere relevante Informationen:

Kinder (minderjährig)

Kind 1

Name/Vorname:

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Wohnort:

Kind 2

Name/Vorname:

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Wohnort:

Kind 3

Name/Vorname:

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Wohnort:

Kind 4

Name/Vorname: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Wohnort: _____

Kind 5

Name/Vorname: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Wohnort: _____

Sprachkompetenz

Welche Sprache ist Ihre Muttersprache?

Sprechen Sie weitere Sprachen (außer Deutsch)?

a. _____ Niveau: _____

b. _____ Niveau: _____

c. _____ Niveau: _____

Sind Sie alphabetisiert?

Ja Nein

Sind Sie lateinisch alphabetisiert?

Ja Nein

Deutsch als Fremdsprache

Wie lautet Ihr aktuelles Sprachniveau nach dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen?

Elementar A 1 A 2

Selbständig B 1 B 2

Kompetent C 1 C 2

Haben Sie bisher einen oder mehrere Deutschkurs(e) besucht?

Ja Nein

Welche Art von Sprachkurs(en) haben Sie besucht?

Träger:

Können Sie eine Teilnahmebescheinigung/Zertifikat vorlegen?

Ja Nein

Besuchen Sie aktuell einen Sprachkurs?

Lernbegleitung

Sprachkurs (FlüAG+VwV)

Berufsorientierte Sprachkurse

BAMF Integrationskurs

Berufsbezogene Kurse ESF-BAMF

Weitere:

Schulbildung

Haben Sie eine Schule besucht?

Ja Nein

Wie lange haben Sie die Schule besucht?

Haben Sie einen Schulabschluss?

Ja Nein

Wenn ja, welchen?

Wurden Ihre Dokumente ins Deutsche übersetzt? Ja Nein

Wurde ein Verfahren zur Anerkennung ausländischer Schulabschlüsse eingeleitet?

Ja, ist in Bearbeitung bei der zuständigen Stelle:

Ich befinde mich aktuell in Beratung.

Nein

Berufsabschluss

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

Wie viele Jahre Berufserfahrung können Sie vorweisen?

Haben Sie ein Zertifikat?

Ja Nein

Wurde ein Verfahren zur Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse eingeleitet?

Ja, ist in Bearbeitung bei der zuständigen Stelle:

Ich befinde mich aktuell in Beratung.

Nein

Studium

Studienfach

Haben Sie Ihr Studium abgeschlossen Ja Nein

Anzahl der Studienjahre:

Haben Sie ein Zertifikat?

Ja Nein

Wurde ein Verfahren zur Anerkennung ausländischer Studienabschlüsse eingeleitet?

Ja, ist in Bearbeitung bei der zuständigen Stelle:

Ich befinde mich aktuell in Beratung.

Nein

Arbeitsmarktintegration

Nehmen Sie aktuell an einer beruflichen Qualifizierungsmaßnahme teil?

Ja Nein

Oder haben dies bereits getan? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Befinden Sie sich in einem Arbeitsverhältnis?

Ja Nein

unbefristet befristet

Befinden Sie sich in einem Ausbildungsverhältnis?

Ja Nein

Vollzeit Teilzeit

Berufsbezeichnung:

Arbeitgeber:

Besondere Kenntnisse

EDV, Bereich

Technisch, Bereich

Kaufmännisch, Bereich

Service/Dienstleistung, Bereich

Landwirtschaft, Bereich

Gesundheit/Krankenpflege, Bereich

Künstlerisch, Bereich

Handwerklich, Bereich

weitere:

Mobilität

Haben Sie einen Führerschein?

Ja Nein

Ist dieser in Deutschland zugelassen?

Ja Nein

Ist ein Anschluss an öffentliche Verkehrsmittel vom Wohnort aus vorhanden?

Ja Nein

Verfügen Sie über eine Monatsfahrkarte? Ja Nein

Versorgung Kita/Kindergarten/Schule

Sind Sie alleinerziehend? Ja Nein

Nehmen Ihre Kinder einen Kita-/Kindergarten-/Schulplatz in Anspruch?

Kind 1

Ja Nein

Anmeldung erfolgt, Aufnahme ab

Warteliste

Besuchen Ihr Kind außerschulische Angebote? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Kind 2

Ja Nein

Anmeldung erfolgt, Aufnahme ab

Warteliste

Besuchen Ihr Kind außerschulische Angebote? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Kind 3

Ja Nein

Anmeldung erfolgt, Aufnahme ab

Warteliste

Besuchen Ihr Kind außerschulische Angebote? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Kind 4

Ja Nein

Anmeldung erfolgt, Aufnahme ab

Warteliste

Besuchen Ihr Kind außerschulische Angebote? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Kind 5

Ja Nein

Anmeldung erfolgt, Aufnahme ab

Warteliste

Besuchen Ihr Kind außerschulische Angebote? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Gesundheit

Bestehen bei einem Mitglied in Ihrem Haushalt aktuell gesundheitliche Einschränkungen?

Ja Nein

Bei wem?:

Art der Einschränkung:

Ist die Person in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Liegt eine Behinderung vor? Ja Nein

GdB:

Merkzeichen: G aG B H RF BI GI 3

Freizeitaktivitäten

Welchen Aktivitäten gehen Sie in Ihrer Freizeit nach?