**Antrag**

[ ]  **auf Übernahme von Dienstleistungskosten**

 für die Reintegrationsförderung von Einzelfällen im Rückkehrland

[ ]  **auf Übernahme von Förderleistungen**

 für die wirtschaftliche Reintegrationsförderung von Einzelfällen im Rückkehrland

**KlientIn:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nachname, Vorname  |  |
| Geschlecht | [ ]  weiblich [ ]  männlich |
| Geburtsdatum |  |
| Staatsangehörigkeit |  |
| Land und Ort der Rückkehr |  |
| (Geplantes) Rückkehrdatum  |  |
| Aufenthaltsdauer in Deutschl. |  |
| Aufenthaltsstatus  |  |
| Rückkehrende Angehörige(Name, Geschlecht, Alter) |  |
| Telefonischer Kontakt nach Ausreise (z.B. Familie) |  |

*Bitte durch Ankreuzen bestätigen:*

[ ]  KlientIn ist förderfähig im Sinne der AMIF-Förderkriterien.[[1]](#footnote-1)

[ ]  KlientIn hält sich seit mehr als drei Monaten in Deutschland auf.

[ ]  KlientIn verfügt über keine eigenen finanziellen Mittel.

[ ]  Der Beratungsstelle stehen keine weiteren Fördermittel zur Verfügung.

[ ]  Für den Klienten/die Klientin ist keine ERRIN-Förderung beantragt worden.

[ ]  DÜ-Verfahren in ein anderes EU-Land ist nicht eingeleitet und ist nicht zu erwarten.

[ ]  REAG/GARP-Antrag ist gestellt.

**Zuständige Rückkehrberatungsstelle (aus dem IntegPlan-Verbund):**

|  |  |
| --- | --- |
| *(Name Ansprechpartner, vollständige Adresse)*  | *(Tel., Fax, Email)* |

**Fallbeschreibung und Stand der Rückkehrvorbereitung:**

*(wenn möglich auf* ***ENGLISCH*** *ausfüllen)*

*Beruf / occupation:*

*Berufliche Reintegration / economical reintegration:*

*Aus- und Fortbildungen/ weitere Qualifikationen / qualification:*

*Arbeitserfahrung im Gastland/ im Rückkehrland / work experiences:*

*Soziale Reintegration / social reintegration:*

*Medizinische Versorgung / Medical care:*

*Organisation der Ausreise / organization of departure:*

**Finanzielle Unterstützung**

[ ]  REAG/GARP-Mittel zur Auszahlung vor Ausreise.

[ ]  Übernahme der Servicegebühr des lokalen Partners durch das IntegPlan-Projekt.

[ ]  Übernahme von finanziellen Leistungen für die wirtschaftliche Reintegration durch das IntegPlan-Projekt.

[ ]  (Zusätzliche) **Finanzielle Förderung** in Höhe von ……………… Euro

aus Mitteln des/der ……………………………………..…………………………....
(*z.B. Landesförderung Baden-Württemberg*) zur Auszahlung im Rückkehrland.

Zweckbindung: ……………………………………..…………………………………

Benötigte Belege: ……………………………………..……………………………..

[ ]  Weitere / sonstige Unterstützung: …………………………………………………..

**Anlagen**

[ ]  Identitätsdokument des Rückkehrers und ggf. der Familienmitglieder (Fax/ Kopie per Post)

[ ]  Aufenthaltsdokument des Rückkehrers und ggf. der Familienmitglieder (Fax/Kopie per Post)

[ ]  Datenschutzerklärung des Klienten/der Klientin (Fax/Original per Post)

[ ]  Kopie REAG/GARP-Bewilligung

[ ]  (Vorläufige) Beschreibung zum Vorhaben bzgl. der ökonomischen Reintegration (Email)

[ ]  Unterzeichnete „Spezifische Geschäftsbedingungen im Rahmen der IntegPlan‐
 Einzelfallförderung“ sowie „Verpflichtungserklärung zum Datengeheimnis“ für das CCM Return Tool.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der im Antrag angegebenen Daten und Inhalte.

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

Ort, Datum Unterschrift
(MitarbeiterIn der
zuständigen Rückkehrberatungsstelle)

*🡪 Bitte senden Sie die vollständigen Antragsunterlagen per Fax an: 0681 910 320 20*

1. http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/EU\_AMIF/aufforderung-einreichung.pdf?\_\_blob=publicationFile [↑](#footnote-ref-1)