Schutz bieten
Kraft geben
Mensch sein
SKM.

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Mönchengladbach

استمارة تسجيل في المركز الطبي النفسي في مونشن غلادباخ

يرجى ملء النموذج قدر الإمكان وإرساله إلينا عن طريق البريد الإلكتروني (psz@skm-ry.de)،عن طريق الفاكس(02166/1309769)، أو بالبريد (العنوان البريدي: Waisenhausstraße 22c، 41236 Mönchengladbach).
لمزيد من الأسئلة يرجى عدم التردد في الاتصال بنا (هاتف: 02166/1309766)، وسنوافيكم بالرد في أقرب وقت ممكن. شكرا جزيلا!

تسجيل من قبل		**من المسجل؟** (في حال كان الشخص لم يسجل بشكل شخصي وإنما عن طريق جهة أخرى)	
الاسم والكنية		الاسم	
العمر وتاريخ الولادة	الجنس	المنشأة	
اسم الشارع ورقم البناء		رقم الهاتف	
المدينة والرقم البريدي		البريد الإلكتروني	
رقم الهاتف			
البريد الإلكتروني			
من الشخص الذي يجب اخباره عن وجو د موعد		○ حضرتكم كجهة اتصال ○ اللاجئ نفسه ○ جهات أخرى (الاسم ومعلومات الاتصال)	
بلد الأصل			
في ألمانيا منذ (الشهر والسنة)			
اللغات التي تكون بها المحادثة ممكنة			
سبب التسجيل			
نوع الإقامة		○ دليل الوصول (دليل على أن الشخص موجود حاليا في ألمانيا وتقدم بطلب للإقامة) ○ إذن مؤقت بالإقامة (لم يتم أخذ قرار بعد بشأن طلب الإقامة) ○ سماحية بالإقامه ○ إقامة مؤقتة (تم أخذ قرار بشأن الإقامة ولكن ليس مؤكد إمكانية البقاء وذلك تبعا للبلد القادم منها وعدة عوامل أخرى) ○ غير ذلك	
هل هناك مهلة زمنية يجب الانتباه إليها هل يوجد أمر مسبق بالترحيل			
هل هناك جهات اتصال ما		○ مركز استشارة ○ طبيب نفسي ○ معالج/طبيب نفسي	
معلومات هامة أخرى			

يرجى إحضار جميع الأوراق والثبوتيات لكافة الإجراءات السابقة عند الحضور للموعد الأول في المركز الاجتماعي النفسي PSZ

Schutz bieten
Kraft geben
Mensch sein
SKM.

Psychosoziales Zentrum
für Flüchtlinge
Mönchengladbach

الجمعية الكاثوليكية للخدمات الاجتماعية -SKM Rheydt

المركز النفسي الاجتماعي للاجئين مونشنغلادباخ

Waisenhausstr. 22 c

41236 Mönchengladbach

إعلان موافقة على جمع البيانات الشخصية وفقًا للفقرة القانونية KDG 8

أوافق أنا (الكنية ،الاسم الأول) _____ المولود بتاريخ _____ على أنه سيتم جمع بياناتي الشخصية وتخزينها بالقدر اللازم ضمن نطاق مشاوراتي في المركز النفسي الاجتماعي.

أنا على علم بأن جمع بياناتي الشخصية هو فقط للحصول على المشورة التخصصية في سياق المشورة النفسية والاجتماعية وأن إمكانية الحصول على هذه الخدمة لا يمكن أن يتحقق دون موافقتي على جمع البيانات.

الأشخاص الذين يقدمون النصيحة لي وموظفيهم (الكنيسة) يخضعون للسرية القانونية وقانون حماية البيانات. يجب حذف بياناتي بعد انتهاء فترات الاحتفاظ القانونية.

أعلم أنه يمكنني إلغاء هذه الموافقة على جمع بياناتي في أي وقت مستقبلاً.

_____

المكان، التاريخ، التوقيع

(أقل من 13 عامًا، توقيع الممثل القانوني)