



Bitte senden an: [aufnahme@rostock.de](mailto:aufnahme@rostock.de)



## Datenerhebung Flüchtende Ukraine

Zur Vereinfachung der Datenerfassung bei Flüchtenden aus der Ukraine verwenden Sie bitte dieses Formular zur Aufnahme aller Relevanten Fakten. Bitte unbedingt die deutsche Sprache verwenden. In Orange gefasste Felder sind Pflichtangaben.

### Persönliche Daten der Flüchtenden:

|                           | 1. Erziehungsberechtigte(r) |
|---------------------------|-----------------------------|
| <b>Nachname</b>           |                             |
| <b>Vorname(n)</b>         |                             |
| <b>Geburtsdatum</b>       |                             |
| Geburtsort / Geburtsland  |                             |
| <b>Datum der Einreise</b> |                             |
| Staatsangehörigkeit       |                             |
| <b>Familienstand</b>      |                             |

### Persönliche Daten Mitreisender (Kinder, Großeltern, Geschwister):

|                     | 1. Person | 2. Person |
|---------------------|-----------|-----------|
| <b>Nachname</b>     |           |           |
| <b>Vorname(n)</b>   |           |           |
| <b>Geburtsdatum</b> |           |           |

|                     | 3. Person | 4. Person |
|---------------------|-----------|-----------|
| <b>Nachname</b>     |           |           |
| <b>Vorname(n)</b>   |           |           |
| <b>Geburtsdatum</b> |           |           |

|                     | 5. Person | 6. Person |
|---------------------|-----------|-----------|
| <b>Nachname</b>     |           |           |
| <b>Vorname(n)</b>   |           |           |
| <b>Geburtsdatum</b> |           |           |



Bitte senden an: [aufnahme@rostock.de](mailto:aufnahme@rostock.de)



**Bedarfe:**

|                               |         |                          |         |
|-------------------------------|---------|--------------------------|---------|
| <b>Unterkunft wenn ja ab:</b> | ja/nein | <b>Gesundheitspflege</b> | ja/nein |
| <b>Ernährung</b>              | ja/nein | <b>Sonstiges</b>         |         |

**Sonstiges:**

|   |                           |
|---|---------------------------|
| <b>Besonderheiten</b><br>(zB Rollstuhl,...)         |                           |
| <b>aktuelle Anschrift</b><br>(wenn nicht Langenort) |                           |
| <b>AnsprechpartnerIn</b>                            | Name:<br>Tel.:<br>E-Mail: |