



Fachdienst Migration-Asyl

Hubertusweg 19, 36251 Bad Hersfeld
migration-asyl@hef-rof.de

Hotline: 06621 - 87 43 43

Fachdienst Ausländer und
Personenstand

Hubertusweg 19, 36251 Bad Hersfeld
alb@hef-rof.de

Hotline: 06621 - 87 33 08

Ukraine-Hilfe/Помощь Украине

Registrierung/Регистрация

Kreisausschuss Hersfeld-Rotenburg, Fachdienst Migration-Asyl

Миграционная служба областного управления Херсфельд-Ротенбург

Datum/Дата: _____

Persönliche/familiäre Angaben:

Персональные/семейные данные:

	Haushaltsvorstand Глава семьи	Angehöriger/Kind Родственник/Ребёнок	Angehöriger/Kind Родственник/Ребёнок
Name: Имя			
Vorname: Фамилия			
Geburtsdatum: Дата рождения			
Geburtsort: Место рождения			
Geschlecht: Пол	<input type="checkbox"/> W женский <input type="checkbox"/> M мужской <input type="checkbox"/> D другой	<input type="checkbox"/> W женский <input type="checkbox"/> M мужской <input type="checkbox"/> D другой	<input type="checkbox"/> W женский <input type="checkbox"/> M мужской <input type="checkbox"/> D другой
Pass-Nummer/ Identitätskarte номер документа, удостоверяющего личность			
Derzeitige Anschrift/aktueller Aufenthalt Место пребывания/ Актуальный адрес			

Gastfamilie/Принимающая семья:

Name: Фамилия:	
Anschrift: Адрес:	
Handynummer: Телефон моб.	
E-Mail-Adresse: е-мейл-адрес:	



	Angehöriger/Kind Родственник/Ребёнок	Angehöriger/Kind Родственник/Ребёнок	Angehöriger/Kind Родственник/Ребёнок
Name: Имя			
Vorname: Фамилия			
Geburtsdatum: Дата рождения			
Geburtsort: Место рождения			
Geschlecht: Пол	<input type="checkbox"/> W женский <input type="checkbox"/> M мужской <input type="checkbox"/> D другой	<input type="checkbox"/> W женский <input type="checkbox"/> M мужской <input type="checkbox"/> D другой	<input type="checkbox"/> W женский <input type="checkbox"/> M мужской <input type="checkbox"/> D другой
Pass-Nummer/ Identitätskarte номер документа, удостоверяющего личность			

	Angehöriger/Kind Родственник/Ребёнок	Angehöriger/Kind Родственник/Ребёнок	Angehöriger/Kind Родственник/Ребёнок
Name: Имя			
Vorname: Фамилия			
Geburtsdatum: Дата рождения			
Geburtsort: Место рождения			
Geschlecht: Пол	<input type="checkbox"/> W женский <input type="checkbox"/> M мужской <input type="checkbox"/> D другой	<input type="checkbox"/> W женский <input type="checkbox"/> M мужской <input type="checkbox"/> D другой	<input type="checkbox"/> W женский <input type="checkbox"/> M мужской <input type="checkbox"/> D другой
Pass-Nummer/ Identitätskarte номер документа, удостоверяющего личность			

Einwohnermeldeamt	FD 4.30 MIG-Asyl	FD 3.30 A/P
am:	am:	am: