

| Anmeldeformular Therapiezentrum OASIS | |
|---|---|
| Anrede | Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> |
| Familienname | |
| Vorname | |
| Sozialversicherungsnummer | |
| Versicherungsträger (ÖGK, SVS, ...) | |
| Erhalten Sie momentan Leistungen aus der Grundversorgung des Landes Oberösterreich? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Geburtsdatum | |
| Übersetzer benötigt? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Muttersprache | |
| Andere Sprachkenntnisse | |
| Aufenthaltstitel | |
| Staatsangehörigkeit | |
| Telefonnummer | |
| E-Mail-Adresse | |
| Kontaktdaten des Betreuers (Optional) | |
| Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl) | |
| Grund der Anmeldung/Symptomatik | |
| Zusätzliche Informationen/Beschreibungen | |
| <p>Einwilligung zur Datenverarbeitung:</p> <p>Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben angeführten Daten und stimme ausdrücklich zu, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Volkshilfe Flüchtlings- und MigrantInnenbetreuung GmbH meine Daten erhebt, digital verarbeitet, von Drittstellen einholen darf und an Dritte weitergeben darf (sofern für die Betreuung erforderlich) - Die von mir angegebenen Daten zum Zweck der Durchführung, Abrechnung, Kontrolle und Evaluierung von der Volkshilfe Flüchtlings- und MigrantInnenbetreuung GmbH verarbeitet und dafür an die GKK, AMIF und Asylkoordination übermittelt werden. - Meine Kontaktdaten (Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse) zu Befragungszwecken den mit der Evaluierung beauftragten Dienstleistern übermittelt werden. | |
| Datum | |
| Unterschrift | |

Zusätzlich zum ausgefüllten Anmeldeformular ist eine **Kopie, beziehungsweise ein Scan des Ausweises** (Verfahrenskarte, Reisepass, ...) und eines **Versicherungsnachweises** (E-Card oder gleichwertiger Ersatzbeleg) einzureichen.

Bitte jeweils die **Vorder- und Rückseite** einreichen.