



E-Mail: alb@havelland.de
 Fax: 03385-551/4691

<p>Antrag auf Erteilung/Verlängerung einer Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/></p> <p>Application for the Issuance/Prolongation of a Residence Permit</p> <p>Antrag auf Erteilung einer Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/></p> <p>Application for the Issuance of a Settlement permit</p>	<p>Eingangsstempel Ausländerbehörde</p>
---	---

Antragsteller/applicant			
Familienname Surname			
Vorname (n) First name(s)			
Geburtsdatum Date of birth			
Geburtsort Place of birth			
Geschlecht m <input type="checkbox"/> Sex w/f <input type="checkbox"/> d/g <input type="checkbox"/>	Körpergröße height cm	Augenfarbe eye colour	
Staatsangehörigkeit(en) Citizenship(s)			
Familienstand Marital status	ledig/single <input type="checkbox"/>	verwitwet/widowed <input type="checkbox"/>	
	verheiratet/married <input type="checkbox"/>	getrennt lebend/ living separated <input type="checkbox"/>	
	geschieden/divorced <input type="checkbox"/>		
Wohnadresse (Straße, Nr., PLZ, Ort) Current address (St./postcode/PLZ/place)			
Kontaktdaten (Telefon/E-Mail) Contact data (phone/e-mail)			

Reisepass/passport			
Reisepass Passport	eigener/own <input type="checkbox"/>	nicht vorhanden/ <input type="checkbox"/> non-existent	
	eingetragen bei den Eltern/ <input type="checkbox"/> registered with the parents		
Reisepass – Nr. Passport – No.			
ausgestellt am Issued on		gültig bis Valid until	
ausstellende Behörde Issuing authority			

Einreise nach Deutschland/Entry into Germany			
Einreise am Arrival in Germany		Visum <input type="checkbox"/> with visa	ohne Visum <input type="checkbox"/> without visa
Nr. Visum No. Visa		ausstellende Behörde Issuing authority	
ausgestellt am Issued on		gültig bis Valid until	

Ehegatte oder Elternteil/spouse or parent	
Ehegatte/Spouse <input type="checkbox"/>	Mutter/Mother <input type="checkbox"/> Vater/Father <input type="checkbox"/>
Familienname Surname	
Vorname(n) First name(s)	
Geburtsdatum Date of birth	
Geburtsort Place of birth	
Wohnadresse (Straße, Nr., PLZ, Ort) Current address (St./postcode/PLZ/place)	
Staatsangehörigkeit(en) Citizenship(s)	
Sonstige Hinweise Other notices	

Kinder/Children					
	Familien-/Vorname Surname/First names	Geschlecht Sex	Geburtsdatum Date of birth	Staatsangehörigkeit(en) Citizenship(s)	Wohnadresse Current address
1		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w/f			
2		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w/f			
3		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w/f			
4		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w/f			
5		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w/f			

Grund des Aufenthaltes in Deutschland/Reason for being in Germany	
Ausbildung/Studium Education/Study <input type="checkbox"/>	Erwerbstätigkeit/Beschäftigung Occupation <input type="checkbox"/>
Völkerrechtliche, humanitäre oder politische Gründe International law, humanitarian or political reasons <input type="checkbox"/>	
Familiäre Gründe Family reasons <input type="checkbox"/>	Sonstige Gründe Other <input type="checkbox"/>
Erläuterungen/Explanation (Arbeitgeber/Employer; Hochschule/University; Angehörige/Relatives etc.)	

Allgemeine Informationen/General information		
Aus welchen Mittel bestereiten Sie Ihren Lebensunterhalt? How do you finance your living expenses?		
Beziehen Sie Leistungen nach dem zweiten oder zwölften Buch Sozialgesetzbuch? Are you receiving any benefits under the Second or Twelfth Code of the Social Code?		
Ja/yes <input type="checkbox"/> Nein/no <input type="checkbox"/>	Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) Social support <input type="checkbox"/> Grundsicherung für Arbeitssuchende (ALG II) Unemployment Benefit (ALG II) <input type="checkbox"/>	Betrag monatlich Monthly amount €

Wie sind Ihre Deutschkenntnisse? How are your German skills?		
keine <input type="checkbox"/> none	einfach (A1/A2) <input type="checkbox"/> simple (A1/A2)	ausreichend (B1/B2) <input type="checkbox"/> sufficient (B1/B2)
		fließend (C1/C2) <input type="checkbox"/> fluent (C1/C2)
Besteht für Sie ein Krankenversicherungsschutz in Deutschland? Do you have a health insurance coverage for Germany?		
Nein/no <input type="checkbox"/>	Ja/yes <input type="checkbox"/>	Name der Krankenkasse/ Insurance company <input type="text"/>
Leiden Sie an einer behandlungsbedürftigen Krankheit? Do you suffer from any illness or diseases?		
Nein/no <input type="checkbox"/>	Ja/yes <input type="checkbox"/>	Art der Krankheit/ Type of disease <input type="text"/>
Wird gegen Sie wegen des Verdachts einer Straftat ermittelt? Are you being investigated for a suspected criminal act?		
Nein/no <input type="checkbox"/>	Ja, in Deutschland/ Yes, in Germany <input type="checkbox"/>	Grund/ Reason: <input type="text"/>
	Ja, im Ausland/ Yes, in a foreign country <input type="checkbox"/>	
Wurden Sie wegen Rechtsverstößen verurteilt? Have you been sentenced for any statutory violations?		
Nein/no <input type="checkbox"/>	Ja, in Deutschland/ Yes, in Germany <input type="checkbox"/>	Grund/ Reason: <input type="text"/>
	Ja, im Ausland/ Yes, in a foreign country <input type="checkbox"/>	
Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig ausgefüllt habe. Falsche oder unzutreffende Angaben im Antrag können den Entzug des Aufenthaltstitels und eine Strafanzeige zur Folge haben. I confirm that I have filled in the above information correctly and completely to the best of my knowledge and belief. Incorrect or inaccurate information in the application can result in the withdrawal of the residence permit and a criminal complaint.		
Ort, Datum / place, date	Unterschrift des Antragstellers (bei Kindern unter 16 Jahren, die gesetzlichen Vertreter) Signature of applicant (For children under the age of 16 years, the legal representatives) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	