

AKTUELLER WOHNORT	
Befinden Sie sich aktuell außerhalb von Australien?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geben Sie Ihr aktuelles Aufenthaltsland an:	
Aufenthaltsrecht:	<input type="checkbox"/> Staatsbürger <input type="checkbox"/> Arbeitsvisum <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Illegal <input type="checkbox"/> Besucher / Gast <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Dauerhafte Aufenthaltserlaubnis
Falls Sie kein Staatsbürger sind, geben Sie den Grund für Ihren Aufenthalt an, inklusive dem Ablaufdatum Ihres laufendem Visums:	
ZWECK DER REISE NACH AUSTRALIEN	
Wählen Sie eine der folgenden Optionen aus:	<input type="checkbox"/> Tourismus / Besuch von Familie oder Freunden <input type="checkbox"/> Geschäftsreise für Meetings, Konferenzen oder Verhandlungen (keine Bewerbungsgespräche) <input type="checkbox"/> Finanziel unterstützter Besuch von Familie (Bürgschaftsformular 1149 erforderlich) <input type="checkbox"/> Vielreisender (wegen Tourismus oder Geschäftlich)

<p>Zählen Sie alle Gründe für Ihre Australien Reise auf:</p>	<p><input type="checkbox"/> Geschäftlich <input type="checkbox"/> Tourist</p> <p><input type="checkbox"/> Besuch von Familie <input type="checkbox"/> Studium</p> <p><input type="checkbox"/> Religiöse Veranstaltung <input type="checkbox"/> Andere Gründe</p>
<p>Geben Sie das Datum an, wann Sie nach Australien einreisen möchten:</p>	
<p>BEARBEITUNG VON GRUPPEN</p>	
<p>Wird dieser Antrag als Gruppenantrag eingereicht?</p> <p>Wenn ja, Gruppen ID: Gruppen Name:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>SONDERKATEGORIEN DER EINREISE</p>	
<p>Sind Sie ein Vertreter einer auswärtigen Regierung oder reisen mit einem Laissez-Passer der Vereinten Nationen oder sind Mitglied einer freigestellten Gruppierung?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>REISEPASS DETAILS</p> <p>Nachname:</p> <p>Vorname:</p> <p>Geschlecht:</p> <p>Geburtsdatum:</p> <p>Reisepass Nummer:</p> <p>Ausstellungsland des Reisepasses:</p> <p>Nationalität des Reisepassinhabers:</p>	<p><input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau</p>

<p>Ausstellungsdatum des Reisepasses:</p> <p>Ablaufdatum des Reisepasses:</p> <p>Name der ausstellenden Behörde:</p> <p>Es wird dringend empfohlen, dass der Reisepass noch weitere 6 Monate gültig ist.</p>	
<p>NATIONALE IDENTIFIKATIONS- NUMMER / PERSONALAUSWEIS</p>	
<p>Haben Sie eine nationale Identifikationsnummer / Personalausweis?</p> <p>Wenn ja, geben Sie bitte Details an: Nachname: Vorname: Identifikationsnummer: Ausstellungsland: Ausstellungsdatum: Ablaufdatum:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>GEBURTSDATEN</p>	
<p>Geburtsort:</p> <p>Staat / Provinz:</p> <p>Geburtsland:</p>	
<p>BEZIEHUNGSSTATUS</p>	
<p>Geben Sie Ihren Beziehungsstatus an:</p>	<p><input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden</p> <p><input type="checkbox"/> Verlobt <input type="checkbox"/> Getrennt</p> <p><input type="checkbox"/> Nie verheiratet <input type="checkbox"/> Verwitwet</p> <p><input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft</p>

ANDERE NAMEN / SCHREIBWEISEN	
<p>Sind Sie derzeit oder waren Sie jemals unter anderen Namen bekannt?</p> <p>Wenn ja, geben Sie Details an: Nachname: Vorname: Grund für die Namensänderung:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Dead Poll <input type="checkbox"/> Heirat</p> <p><input type="checkbox"/> Andere</p>
STAATSANGEHÖRIGKEIT	
<p>Sind Sie Bürger des Landes Ihres Reisepasses?</p> <p>Sind Sie Bürger eines anderen Landes?</p> <p>Zählen Sie die Länder auf:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
ANDERE REISEPÄSSE	
<p>Haben Sie andere gültige Reisepässe?</p> <p>Wenn ja, geben Sie Details an: Nachname: Vorname: Geschlecht: Geburtsdatum: Reisepass Nummer: Ausstellungsland des Reisepasses: Nationalität des Reisepassinhabers: Ausstellungsdatum des Reisepasses: Ablaufdatum des Reisepasses: Name der ausstellenden Behörde:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau</p>

<p>ANDERE DOKUMENTE ZUR IDENTIFIZIERUNG</p>	
<p>Haben Sie noch andere Dokumente zur Identifizierung?</p> <p>Wenn ja, geben Sie Details an: Nachname: Vorname: Art des Dokuments: Identifikationsnummer:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>GESUNDHEITSPRÜFUNG</p>	
<p>Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten einer Gesundheitsprüfung für ein Australisches Visum unterzogen?</p> <p>Wenn ja, geben Sie Details an: HAP ID (falls vorhanden):</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>ZUSÄTZLICHE IDENTITÄTSFRAGEN</p>	
<p>Sind Sie schon einmal nach Australien gereist oder haben Sie bereits ein Visum hierfür beantragt?</p> <p>Falls Sie schon einmal nach Australien gereist sind, haben Sie abgelaufene Reisepässe mit denen Sie dort eingereist sind?</p> <p>Wenn ja, geben Sie Details an: Nachname: Vorname: Geschlecht: Geburtsdatum: Reisepass Nummer: Ausstellungsland des Reisepasses: Nationalität des Reisepassinhabers:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau</p>

<p>Ausstellungsdatum des Reisepasses: Ablaufdatum des Reisepasses: Name der ausstellenden Behörde:</p> <p>Haben Sie eine australische Visa Grant Nummer? Wenn ja, wie lautet die Nummer:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Reisen noch andere Personen mit Ihnen nach Australien? Wenn ja, geben Sie Details an: In welcher Beziehung steht der Mitreisende zu Ihnen: Nachname: Vorname: Geschlecht: Geburtsdatum:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau</p>
<p>KONTAKT DETAILS</p>	
<p>Land des Wohnsitzes: Nächstgelegene Australische Botschaft: Anschrift des Wohnsitzes Land: Straße: Stadt: Bundesland: Postleitzahl: Telefonnummern Privat / Festnetz: Geschäftlich: Mobil: Ist die postalische die selbe wie die Adresse des gemeldeten Wohnsitzes? Email Adresse:</p>	<p>Berlin</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

<p>Haben Sie Familienmitglieder die nicht mitreisen?</p> <p>Wenn ja, geben Sie Details an: In welcher Beziehung steht das Familienmitglied zu Ihnen: Nachname: Vorname: Geschlecht: Geburtsdatum: Geburtsland:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau</p>
<p>EINREISE NACH AUSTRALIEN</p>	
<p>Wie lange werden Sie in Australien bleiben?</p> <p>Ankunftsdatum: Abreisedatum:</p> <p>Haben Sie vor in dieser Zeit mehrmals nach Australien ein- und auszureisen?</p> <p>Wenn ja, wissen Sie bereits die genauen Daten und geben diese ggf. an.</p>	<p><input type="checkbox"/> bis zu 3 Monaten <input type="checkbox"/> bis zu 6 Monaten <input type="checkbox"/> bis zu 12 Monaten</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Werden Sie in Australien an einem Studienkurs teilnehmen?</p> <p>Wenn ja, geben Sie Details an: Name des Kurses: Name der Institution: Beginn / Datum: Ende / Datum:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Werden Sie in Australien Verwandte, Freunde oder sonstige Kontakte besuchen?</p> <p>Wenn ja, geben Sie Details an:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

<p>Nachname: Vorname: Geschlecht: Geburtsdatum: Land: Straße: Stadt: Staat/Provinz: Postleitzahl: Privat / Festnetz: Geschäftlich: Mobil: Email Adresse: Australischer Aufenthaltsstatus:</p>	<p><input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau</p> <p>Australien</p> <p><input type="checkbox"/> Staatsbürger</p> <p><input type="checkbox"/> Dauerhafte Aufenthaltserlaubnis</p> <p><input type="checkbox"/> Befristete Aufenthaltserlaubnis</p>
<p>BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNIS IN EUROPA</p>	
<p>Wie ist Ihr aktuelles Beschäftigungsverhältnis?</p> <p>Geben Sie Details an: Berufsgruppe:</p> <p>Firma / Name: Arbeitsbeginn / Datum beim aktuellen Arbeitgeber: Land: Straße:</p>	<p><input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbständig</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsuchend <input type="checkbox"/> Rente</p> <p><input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Andere</p> <p><input type="checkbox"/> Manager <input type="checkbox"/> Facharbeiter</p> <p><input type="checkbox"/> Techniker/Handwerker <input type="checkbox"/> Verkauf</p> <p><input type="checkbox"/> Geistlich oder Admini Administrative <input type="checkbox"/> Gemeinde- oder Servicemitarbeiter</p> <p><input type="checkbox"/> Maschinen Bediener und - Fahrer <input type="checkbox"/> Arbeiter</p> <p><input type="checkbox"/> Andere</p>

<p>Stadt: Staat/Provinz: Postleitzahl: Telefonnummer: Email Adresse:</p>													
FINANZIERUNG DES AUFENTHALTS													
<p>Geben Sie an, wie Sie Ihren Aufenthalt in Australien finanzieren?</p> <p>Welche Mittel stehen Ihnen für den gesamten Aufenthalt in Australien zur Verfügung?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Selbst finanziert</td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Unterstützt durch eine andere Organisation</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Unterstützt durch europäischen Arbeitgeber</td> <td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Unterstützt durch eine andere Person</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Selbst finanziert	<input type="checkbox"/> Unterstützt durch eine andere Organisation	<input type="checkbox"/> Unterstützt durch europäischen Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> Unterstützt durch eine andere Person								
<input type="checkbox"/> Selbst finanziert	<input type="checkbox"/> Unterstützt durch eine andere Organisation												
<input type="checkbox"/> Unterstützt durch europäischen Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> Unterstützt durch eine andere Person												
GESUNDHEITS ERKLÄRUNGEN													
<p>Haben Sie in den letzten 5 Jahren durchgehend für mehr als 3 Monate ein anderes Land besucht oder gelebt?</p> <p>Haben Sie vor ein australisches Krankenhaus oder Gesundheitseinrichtung (z.B. Zahnarzt, private Klinik, Pflegeheim, Pathologie, Ambulanzstation oder Pflegeeinrichtung zu nutzen?</p> <p>Haben Sie vor als Arzt, Zahnarzt oder Sanitäter zu arbeiten, dies zu erlernen oder zu studieren während Ihres Aufenthalts?</p> <p>Hatten Sie jemals oder haben Sie gerade Tuberkulose?</p> <p>Waren Sie mit jemanden in engem Kontakt der Tuberkulose hat?</p> <p>Wurde bei Ihnen nach einem Thorax Röntgen eine Anomalie festgestellt?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Ja</td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Ja</td> <td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Ja</td> <td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Ja</td> <td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Ja</td> <td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Ja</td> <td style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein												
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein												
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein												
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein												
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein												
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein												

<p>Erwarten Sie, dass Sie bei Ihrem Aufenthalt Kosten für eine medizinische Versorgung verursachen werden, oder eine Behandlung für Blutkrankheit, Krebs, Herzkrankheit, Hepatitis B und C, HIV (oder AIDS), Nierenkrankheiten (Dialyse), Leberkrankheiten, geistige Krankheiten, Schwangerschaft, Atemwegserkrankungen, andere Krankenhausbesuche, Operationen, oder andere Gesundheitsprobleme brauchen?</p> <p>Brauchen Sie Unterstützung bei Ihrer Bewegung oder Pflege in Australien oder Übersee wegen Ihrer medizinischen Verfassung?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>LEUMUNDSZEUGNIS</p>	
<p>Wurden Sie jemals in einem Land wegen einer Straftat verurteilt, auch wenn es bereits aus dem Führungszeugnis gelöscht ist?</p> <p>Existieren laufende Verfahren gegen Sie?</p> <p>Wurden Sie jemals von einer Strafe aufgrund von Unzurechnungsfähigkeit freigesprochen?</p> <p>Wurden Sie jemals aus einem Land verwiesen oder ausgeliefert (Australien eingeschlossen)?</p> <p>Haben Sie jemals ein Land verlassen, um einer Auslieferung zu entgehen?</p> <p>Wurde Ihnen jemals ein Visum für Australien oder ein anderes Land verweigert?</p> <p>Wurden Sie jemals eines Landes verwiesen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

<p>Haben Sie jemals Kriegsverbrechen oder Menschenrechtsverletzungen begangen oder waren in diese verwickelt?</p> <p>Waren Sie jemals in Angelegenheiten verwickelt, welche die nationale Sicherheit Australiens gefährdet?</p> <p>Hatten Sie jemals größere Schulden gegenüber der australischen Regierung oder öffentlichen australischen Einrichtungen?</p> <p>Waren Sie jemals in Menschenhandel verwickelt, oder wurden deswegen verurteilt oder verklagt?</p> <p>Haben Sie jemals eine militärische Ausbildung in Waffen, Sprengstoffen oder speziellen militärischen Fähigkeiten bekommen, die nichts mit dem staatlichen Wehrdienst zu tun hatten?</p> <p>Waren Sie oder eines Ihrer Kinder früher länger in Australien als es das Visum zugelassen hätte?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>VISA HISTORIE</p>	
<p>Haben Sie derzeit ein laufendes Visum für Australien oder ein anderes Land?</p> <p>Waren Sie jemals in Australien oder einem Land und haben die Visa Bedingungen nicht eingehalten oder sind später als das autorisierte Datum zurück gereist?</p> <p>Wurde Ihnen jemals ein Visum für Australien oder ein anderes Land abgelehnt, oder ein Visum storniert?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

VEREINBARUNG	
<p>Ich habe in dem Antrag alle Informationen wahrheitsgetreu angegeben.</p> <p>Sollten sich Änderungen bei meinen Angaben nach Erhalt des Visums ergeben, verpflichte ich mich dies sofort der australischen Regierung zu melden.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>