

| | |
|--|--|
| 10. Vater des Antragstellers (Name, Vorname) | |
| 11. Mutter des Antragstellers (Name, Vorname) | |
| 12. Pass /sonstige Identitätsdokumente Nr./ ausgestellt am gültig bis ausgestellt von | |
| 13. eingereist nach Deutschland am | |
| Haben Sie sich vorher schon mal in Deutschland aufgehalten, wenn ja, in welchem Zeitraum und wo ? | |
| 14. Derzeitiger Wohnort, Anschrift (Present domicile, adress) Telefon /Handy-Nr. email-Adresse | |
| 16. Zweck des weiteren Aufenthalts (Purpose of the extended residency) | |
| 17. Aus welchen Mitteln wird der Lebensunterhalt bestritten? (How do you propose to support your self?) | <input type="checkbox"/> Arbeitslohn _____ (Arbeitgeber) <input type="checkbox"/> Sozialleistungen <input type="checkbox"/> _____ |
| 18. Besteht Krankenversicherungs-schutz für Deutschland? (Valid health insurance for Germany) | <input type="checkbox"/> ja / yes <input type="checkbox"/> nein / no wenn ja, welche Krankenkasse : _____ |
| Ich beantrage, die Verlängerung des Aufenthaltstitels (um) (I apply for an extension of a redidence permit for) | <input type="checkbox"/> _____ Jahre (years). <input type="checkbox"/> unbefristet (indefinite). |
| Ich versichere, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht zu haben. (I declare that i have answered all questions fully and to the best of my knowledge and belief | |
| Ort, Datum (Place and date) | Eigenhändige Unterschrift Signature of applicant) |