

Fallaufnahmebogen Co-Beratung Kompass F für paritätische Einrichtungen in NRW**1. Welchen Dienst bieten Sie an?**

2. Kontaktdaten (Name, Einrichtung, Telefon, mail)Name:

Einrichtung:

Telefon(Durchwahl):

Mail:

Wann können wir Sie am besten erreichen (z.B. mittwochs nachmittags, 13-16 Uhr)?

3. Wurden schon andere Stellen eingeschaltet, wenn ja welche?

4. Bitte schildern Sie kurz die Diskriminierung anhand folgender Fragestellungen:*Wo und wann hat die Diskriminierung stattgefunden? | Was genau ist passiert?**Wer war an dem Vorfall beteiligt? (z. B. Verkaufs- und Sicherheitspersonal)**Wer war Zeuge/Zeugin? Welche Belege gibt es?**Woran haben Sie/hat der Klient*/die Klient*in bemerkt, dass Sie/ der Klient*/die Klient*in aufgrund von Herkunft, Hautfarbe, Sprache oder anderer rassistischen Zuschreibungen benachteiligt wurden/wurde?**Welche Folgen hatte die Diskriminierung/für die/den Klient*in?*

5. Was haben Sie bzw der*/die Klient*in bisher unternommen?

6. Welche Unterstützung wünschen Sie sich?

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der Fall bei Kompass F dokumentiert wird und in anonymisierter Form für Veröffentlichungen genutzt wird Ja Nein Bitte um Rücksprache

Statistische Angaben für unsere Falldokumentation (freiwillige Angaben)

7. Bitte geben Sie an, in welchem Feld die Diskriminierung stattfand (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wohnungsmarkt (z.B. Anmietung einer Wohnung, Nachbarschaft) | <input type="checkbox"/> Freizeitangebote (Verein, Sport, Kulturanbieter) |
| <input type="checkbox"/> Ämter / Behörden (z.B. Arbeitsagentur, Ausländerbehörde, BAMF, Sozialamt, Wohnungsamt) | <input type="checkbox"/> Öffentlichkeit (auf der Straße, im ÖPNV) |
| <input type="checkbox"/> Arbeit und berufliche Ausbildung (Arbeitsplatz, Arbeitssuche/ Bewerbung, Berufliche Weiterbildung) | <input type="checkbox"/> Unterkunft (Erstaufnahmeeinrichtung/Flüchtlingsunterkunft) |
| <input type="checkbox"/> Geschäfte / Dienstleistungen (Einzelhandel, Gaststätten/ Diskotheken, Banken, Versicherungen, Fitnessstudio, Telekommunikationsanbieter, ÖPNV) | <input type="checkbox"/> Internet / Medien (Werbung, Social Media, Internet, Radio, TV, Presse) |
| <input type="checkbox"/> Gesundheit (Arztpraxis, Apotheke, Gesundheitsselbsthilfe, Privater Dienst) | <input type="checkbox"/> Bildung (Kinderbetreuung, Schule, Hochschule, Weiterbildung ,VHS, Sprachkurs) |
| | <input type="checkbox"/> Sozialer Dienst (Familienhilfen, Eingliederungshilfe Arbeitsmarkt, (Sozial) Beratung, Altenhilfe) |
| | <input type="checkbox"/> Sonstiges : |
-

8. Wie wurde diskriminiert? (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schlechterbehandlung im Bereich Beschäftigung und Beruf (Arbeitssuche, Arbeitsplatz) | <input type="checkbox"/> Abgelehnter Verwaltungsakt oder Antrag (z.B. Verweigerung eines Behandlungsscheins für Arztbesuch) |
| <input type="checkbox"/> Verwehren einer Leistung/eines Vertrages (z.B. Eröffnung Bankkonto, Eintritt Diskothek, Abschluss Mietvertrag, Zugang zu Bildungseinrichtung oder Sportverein) | <input type="checkbox"/> Herabwürdigende Umgangsformen/ Sprache/ Abfällige oder vorurteils-behaftete Äußerungen / Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Beleidigungen, Belästigungen oder Beschimpfungen | <input type="checkbox"/> Institutionelle/strukturelle Barrieren (Gesetze, Regelungen, Behördenhandeln) |
| <input type="checkbox"/> Sexuelle Belästigung | <input type="checkbox"/> Unterlassung/Vorenthalten von Informationen (z.B. Verweigerung einer Sprachmittlung, unzureichende Informationsweitergabe) |
| <input type="checkbox"/> Herabwürdigende Darstellungen (z.B. in den Medien oder im Internet) | <input type="checkbox"/> Bevormundendes/paternalistisches Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Gewalttätige Übergriffe | <input type="checkbox"/> Sonstiges : |
| <input type="checkbox"/> Racial Profiling (Polizei, Sicherheitspersonal) | |
-

9. An welches Merkmal knüpft die Diskriminierung an? (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rassistische Gründe/ ethnische Zugehörigkeit/ Nationalität | <input type="checkbox"/> Alter (z.B. zu hohes, zu niedriges Lebensalter) |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus | <input type="checkbox"/> Sozialer Status |
| <input type="checkbox"/> Religion oder Weltanschauung | <input type="checkbox"/> Äußere Erscheinung |
| <input type="checkbox"/> Gender (männlich, inter*, trans*, weiblich) | <input type="checkbox"/> Familienstatus (z.B. ledig, geschieden, verheiratet, Anzahl der Kinder) |
| <input type="checkbox"/> Sexuelle Orientierung (z.B. schwul, lesbisch, bisexuell) | <input type="checkbox"/> Andere Merkmale |
| <input type="checkbox"/> Sprache | |
| <input type="checkbox"/> Behinderung, Beeinträchtigung oder chronische Krankheit | |
-