



Integration fördern.
Chancen sichern.
www.integrationsfonds.at

A1 – Fit für Österreich

Name _____ Kundennummer _____

Antwortbogen

A1 001

Schriftliche Prüfung



1 Sprachbausteine

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | a | b | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | a | b | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 |
| | a | b | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 |
| | a | b | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 |
| | a | b | |

| | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|----|
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 |
| | a | b | |
| 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 |
| | a | b | |
| 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8 |
| | a | b | |
| 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9 |
| | a | b | |
| 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10 |
| | a | b | |



2 Hören

Teil 1

| | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|----|
| 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11 |
| | richtig | falsch | |
| 12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12 |
| | richtig | falsch | |
| 13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13 |
| | richtig | falsch | |
| 14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14 |
| | richtig | falsch | |

Teil 2

| | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|----|
| 15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15 |
| | a | b | |
| 16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16 |
| | a | b | |
| 17 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17 |
| | a | b | |
| 18 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18 |
| | a | b | |
| 19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19 |
| | a | b | |



3 Hören und antworten

Teil 1

| | | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| 20 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20 |
| | a | b | c | d | |
| 21 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21 |
| | a | b | c | d | |
| 22 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22 |
| | a | b | c | d | |

Teil 2

| | | | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| 23 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23 |
| | e | f | g | h | i | |
| 24 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24 |
| | e | f | g | h | i | |
| 25 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25 |
| | e | f | g | h | i | |
| 26 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26 |
| | e | f | g | h | i | |



A1 – Fit für Österreich

Name _____

Kundennummer _____

A1 002

Antwortbogen



4 Lesen

Teil 1

| | | | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| 27 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27 |
| | a | b | c | d | |
| 28 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28 |
| | a | b | c | d | |
| 29 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29 |
| | a | b | c | d | |

Teil 2

| | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| 30 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30 |
| | richtig | falsch | |
| 31 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31 |
| | richtig | falsch | |
| 32 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 32 |
| | richtig | falsch | |

Teil 3

| | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| 33 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 33 |
| | a | b | |
| 34 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34 |
| | a | b | |
| 35 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35 |
| | a | b | |



5 Schreiben

Teil 1

| | | |
|-----------|-------|-----------|
| 36 | _____ | 36 |
| 37 | _____ | 37 |
| 38 | _____ | 38 |
| 39 | _____ | 39 |
| 40 | _____ | 40 |

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| Nur für Bewerter/innen! | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| richtig | falsch |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| richtig | falsch |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| richtig | falsch |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| richtig | falsch |

BewerterID: _____



A1 – Fit für Österreich

Name _____ Kundennummer _____

A1 003



5 Schreiben

Teil 2

Für die
Bewertung

| | |
|--|----------------------|
| | Für die Bewertung |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| ÖIF-Bewertung | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | 8 | 4 | 0 | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | 8 | 4 | 0 | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 |
| | 8 | 4 | 0 | |
| KG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | KG |
| | 6 | 3 | 0 | |

BewerterID: _____

Bitte geben Sie diese Blätter nach „Schreiben 2“ bei der Prüfungsaufsicht ab!



A1 – Fit für Österreich

Name _____

Kundennummer _____

A1 004

Antwortbogen

Mündliche Prüfung



6 Sprechen

Teil 1

| | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| Sich vorstellen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sich vorstellen |
| | ● | ◐ | ○ | |
| Buchstabieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Buchstabieren |
| | ● | ◐ | ○ | |
| Zahlen nennen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zahlen nennen |
| | ● | ◐ | ○ | |

Teil 2

| | | | | |
|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| Frage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Frage |
| | ● | ◐ | ○ | |
| Antwort | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antwort |
| | ● | ◐ | ○ | |
| Frage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Frage |
| | ● | ◐ | ○ | |
| Antwort | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antwort |
| | ● | ◐ | ○ | |

Teil 3

| | | | | |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| Impuls | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Impuls |
| | ● | ◐ | ○ | |
| Reaktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reaktion |
| | ● | ◐ | ○ | |
| Impuls | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Impuls |
| | ● | ◐ | ○ | |
| Reaktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reaktion |
| | ● | ◐ | ○ | |

PrüferID 1:

PrüferID 2: