



ÖSTERREICHISCHER  
INTEGRATIONS  
FONDS

# ÖIF - TEST A2

Name \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_



Schriftliche Prüfung  
LESEN

|     |    |    |
|-----|----|----|
| ÖIF | 02 | 01 |
|-----|----|----|

## Teil 1

|          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |          |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| <b>1</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>1</b> |
|          | a                        | b                        | c                        | d                        | e                        | f                        |          |
| <b>2</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>2</b> |
|          | a                        | b                        | c                        | d                        | e                        | f                        |          |
| <b>3</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>3</b> |
|          | a                        | b                        | c                        | d                        | e                        | f                        |          |

## Teil 2

|          |                          |                          |                          |          |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| <b>4</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>4</b> |
|          | a                        | b                        | c                        |          |
| <b>5</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>5</b> |
|          | a                        | b                        | c                        |          |
| <b>6</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>6</b> |
|          | a                        | b                        | c                        |          |
| <b>7</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>7</b> |
|          | a                        | b                        | c                        |          |

## Teil 3

|           |                          |                          |                          |           |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| <b>8</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>8</b>  |
|           | a                        | b                        | c                        |           |
| <b>9</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>9</b>  |
|           | a                        | b                        | c                        |           |
| <b>10</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>10</b> |
|           | a                        | b                        | c                        |           |
| <b>11</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>11</b> |
|           | a                        | b                        | c                        |           |
| <b>12</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>12</b> |
|           | a                        | b                        | c                        |           |
| <b>13</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>13</b> |
|           | a                        | b                        | c                        |           |
| <b>14</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>14</b> |
|           | a                        | b                        | c                        |           |
| <b>15</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>15</b> |
|           | a                        | b                        | c                        |           |

## Teil 4

|           |                          |                          |                          |           |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| <b>16</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>16</b> |
|           | a                        | b                        | c                        |           |
| <b>17</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>17</b> |
|           | a                        | b                        | c                        |           |
| <b>18</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>18</b> |
|           | a                        | b                        | c                        |           |
| <b>19</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>19</b> |
|           | a                        | b                        | c                        |           |
| <b>20</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>20</b> |
|           | a                        | b                        | c                        |           |

Bitte geben Sie dieses Blatt nach „Lesen“ bei der Prüfungsaufsicht ab!

Name \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_



**Schriftliche Prüfung  
HÖREN**

|     |    |    |
|-----|----|----|
| ÖIF | 01 | 01 |
|-----|----|----|

**Teil 1**

|          |                          |                          |                          |          |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| <b>1</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>1</b> |
|          | a                        | b                        | c                        |          |
| <b>2</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>2</b> |
|          | a                        | b                        | c                        |          |
| <b>3</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>3</b> |
|          | a                        | b                        | c                        |          |
| <b>4</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>4</b> |
|          | a                        | b                        | c                        |          |
| <b>5</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>5</b> |
|          | a                        | b                        | c                        |          |
| <b>6</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>6</b> |
|          | a                        | b                        | c                        |          |
| <b>7</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>7</b> |
|          | a                        | b                        | c                        |          |

**Teil 2**

|          |                          |                          |                          |          |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| <b>8</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>8</b> |
|          | a                        | b                        | c                        |          |
| <b>9</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>9</b> |
|          | a                        | b                        | c                        |          |

**Teil 3**

|           |                          |                          |                          |           |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| <b>10</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>10</b> |
|           | a                        | b                        | c                        |           |
| <b>11</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>11</b> |
|           | a                        | b                        | c                        |           |
| <b>12</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>12</b> |
|           | a                        | b                        | c                        |           |

**Teil 4**

|           |                          |                          |           |
|-----------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| <b>13</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>13</b> |
|           | richtig                  | falsch                   |           |
| <b>14</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>14</b> |
|           | richtig                  | falsch                   |           |
| <b>15</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>15</b> |
|           | richtig                  | falsch                   |           |

**Bitte geben Sie dieses Blatt nach „Hören“ bei der Prüfungsaufsicht ab!**



ÖSTERREICHISCHER  
INTEGRATIONS  
FONDS

# ÖIF - TEST A2

Name \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_



Schriftliche Prüfung  
SCHREIBEN

|     |    |    |
|-----|----|----|
| ÖIF | 03 | 01 |
|-----|----|----|

Für die  
Bewertung

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Bitte geben Sie dieses Blatt nach „Schreiben“ bei der Prüfungsaufsicht ab!



**ÖSTERREICHISCHER  
INTEGRATIONS  
FONDS**

## ÖIF - TEST A2

Name \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_



### Schriftliche Prüfung Bewertung

|     |    |    |
|-----|----|----|
| ÖIF | 03 | 02 |
|-----|----|----|

|            |  |
|------------|--|
| BewerterID |  |
|------------|--|

| VOLLSTÄNDIGKEIT DER INHALTE (sinnvoll bearbeitete Leitpunkte) |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <b>ERFÜLLT</b>  | Drei Inhaltspunkte sind eigenständig im Sinne der Aufgabe (= ohne (nahezu) wortwörtliche Kopie der Angabe) berücksichtigt. | <b>4</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>TEILWEISE ERFÜLLT</b>                                      | Zwei Inhaltspunkte sind eigenständig im Sinne der Aufgabe berücksichtigt   | <b>2</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>KAUM / NICHT ERFÜLLT</b>                                   | Ein Inhaltspunkt ist eigenständig im Sinne der Aufgabe berücksichtigt oder kein Inhaltspunkt ist sinnvoll bearbeitet.      | <b>0</b> <input type="checkbox"/> |

| KOMMUNIKATIVE REALISIERUNG (Kohärenz und Kohäsion) |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| <b>ERFÜLLT</b>                                     | Inhaltspunkte sind sinnvoll angeordnet, mit sprachlichen Mitteln zusammenhängend und abwechslungsreich (z. B. und, aber, weil ...) verknüpft und sprachliche Referenzmittel (er/sie/es, diese/r/s, ...) kommen vor; Kommunikationsziele sind unmissverständlich realisiert. Anrede, Grußformel und Register sind weitgehend korrekt und angemessen. | <b>6</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>TEILWEISE ERFÜLLT</b>                           | Inhaltspunkte sind nicht immer sinnvoll angeordnet, kaum kohäsionsstiftende Elemente, und/oder Kommunikationsabsicht muss interpretiert werden. Anrede, Grußformel und Register weisen Mängel auf (z. B. Anrede „Du“ statt „Sie“).  | <b>3</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>KAUM / NICHT ERFÜLLT</b>                        | Inhaltspunkte sind nicht sinnvoll angeordnet, und/oder kein kohärenter Text, und/oder Kommunikationsziele sind verfehlt. Anrede und/oder Grußformel fehlen, so dass der Text nicht als Brief erkennbar ist.   | <b>0</b> <input type="checkbox"/> |

| WORTSCHATZ UND VERSCHRIFTLICHUNG (Orthographie und Lesbarkeit) |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| <b>VOLL ERFÜLLT</b>  | Angemessene, adressaten-/situationsbezogene und dem A2-Niveau entsprechende Wortwahl. Aufgabe der Textsorte entsprechend angemessen und adressaten-/ situationsbezogen realisiert. Alle Angaben sind einigermaßen korrekt geschrieben, unmissverständlich und mühelos lesbar. | <b>6</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>TEILWEISE ERFÜLLT</b>                                       | Eher knappe Wortwahl, und/oder öfters nicht adressaten-/situationsbezogene, bzw. unpassende Wortwahl, und/oder Angaben sind missverständlich oder erschwert lesbar.   | <b>3</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>KAUM / NICHT ERFÜLLT</b>                                    | Durchwegs sehr spärliche und/oder unpassende Wortwahl, und/oder Angaben sind sehr häufig missverständlich und/oder nicht lesbar.  | <b>0</b> <input type="checkbox"/> |

| GRAMMATISCHE RICHTIGKEIT    |  |                                   |
|-----------------------------|--|-----------------------------------|
| <b>ERFÜLLT</b>              | Grammatikalische Strukturen (Satzstellung, Konjugation, Tempora, Morphologie, Interpunktion) sind größtenteils korrekt, Fehler kaum störend. | <b>4</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>TEILWEISE ERFÜLLT</b>    | Viele Fehler, Fehler sind störend.   | <b>2</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>KAUM / NICHT ERFÜLLT</b> | Größtenteils falsch, und/oder Verständnis ist beeinträchtigt, und/oder nicht bewertbar, da fast nur einzelne Schlagworte vorhanden           | <b>0</b> <input type="checkbox"/> |



**ÖSTERREICHISCHER  
INTEGRATIONS  
FONDS**

**ÖIF - TEST  
A2**

Name \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_



**Mündliche Prüfung Bewertung**

|     |    |    |
|-----|----|----|
| ÖIF | 04 | 01 |
|-----|----|----|

|            |  |
|------------|--|
| PrüferID 1 |  |
|------------|--|

|            |  |
|------------|--|
| PrüferID 2 |  |
|------------|--|

| INTERAKTION                      |  | S1                         | S2a                        | S2b                        |
|----------------------------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>SEHR GUT ERFÜLLT</b>          | Er/Sie agiert und reagiert in jeweiliger Kommunikationssituation richtig und angemessen; beteiligt sich aktiv am Gespräch; Hilfe ist kaum/nur wenig nötig.                       | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| <b>TEILWEISE ERFÜLLT</b>         | Er/Sie agiert und reagiert in jeweiliger Kommunikationssituation manchmal unsicher und unangemessen großteils nur mit Ja/ Nein-Antworten oder nonverbal; Hilfe ist öfters nötig. | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| <b>KAUM / UNGENÜGEND ERFÜLLT</b> | Er/Sie agiert und reagiert in jeweiliger Kommunikationssituation meist unrichtig oder unsicher und/oder unangemessen; selbstständige Kommunikation ist kaum gegeben.             | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

| WORTSCHATZ                  |  | S1                         | S2a                        | S2b                        |
|-----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>ERFÜLLT</b>              | Ein einfacher, themenrelevanter Grundwortschatz ist produktiv und rezeptiv gegeben.  | 2 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| <b>TEILWEISE ERFÜLLT</b>    | Der Grundwortschatz ist produktiv und rezeptiv nicht immer gegeben, oft eingeschränkte und/oder unangebrachte Wortwahl; Hilfestellung ist öfters nötig.                | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| <b>KAUM / NICHT ERFÜLLT</b> | Der Grundwortschatz ist mangelhaft, Fragen und Antworten sind knapp u. einsilbig; er/sie kennt viele Wörter nicht; Rückfragen wirken auf den Gesprächsverlauf störend. | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

| FORMALE RICHTIGKEIT         |  | S1                         | S2a                        | S2b                        |
|-----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>ERFÜLLT</b>              | Ein Bewusstsein formaler Regeln (Konjugation, einfache Satzstellung, einfache Zeiten (Präsens, Perfekt), Verbindung einfacher Sätze und Wortgruppen mit Konnektoren wie und, aber, weil, ... ) ist in weiten Teilen nachgewiesen und realisiert. | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| <b>TEILWEISE ERFÜLLT</b>    | Ein Bewusstsein formaler Regeln ist vorhanden. Er/ Sie ist um formale Regeln bemüht, macht jedoch viele elementare Fehler.   | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| <b>KAUM / NICHT ERFÜLLT</b> | Ein Bewusstsein formaler Regeln ist kaum nachgewiesen; Konjugation und/oder einfache Satzstellung ist/sind fast durchgehend nicht berücksichtigt.  | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

| AUSSPRACHE / INTONATION     |  | S1 | S2a                        | S2b |
|-----------------------------|--|----|----------------------------|-----|
| <b>SEHR GUT ERFÜLLT</b>     | Aussprache ist trotz Akzents klar und deutlich, Satzakzent und Sprechmelodie großteils richtig eingesetzt, Rückfragen aufgrund der Aussprache sind kaum nötig. |    | 6 <input type="checkbox"/> |     |
| <b>TEILWEISE ERFÜLLT</b>    | Aussprache wirkt aufgrund muttersprachlichen Akzents verständnismindernd, Rückfragen manchmal bis öfters notwendig.  |    | 3 <input type="checkbox"/> |     |
| <b>KAUM / NICHT ERFÜLLT</b> | stockendes Sprechen, Verständlichkeit kaum gegeben, Rückfragen aufgrund der Aussprache in hohem Maße notwendig.  |    | 0 <input type="checkbox"/> |     |