

WNIOSEK O POMOC W DOBROWOLNYM POWROCIE

Nazwisko/a		Imię/imiona	
Data urodzenia		Płeć	
Obywatelstwo		Narodowość	
Zawód			
Adres w Polsce			
Telefon/y			
Institucja kierująca (gdzie dowiedział/a się Pan/Pani o IOM?)			
Status prawny w Polsce: (proszę zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> Procedura w Urzędzie o nadanie statusu uchodźcy <input type="checkbox"/> Procedura w Radzie ds. Uchodźców <input type="checkbox"/> Złożony wniosek o umorzenie procedury uchodźczej <input type="checkbox"/> Procedura umorzona <input type="checkbox"/> Decyzja negatywna Urzędu w sprawie o nadanie statusu uchodźcy <input type="checkbox"/> Decyzja zobowiązująca do opuszczenia Polski <input type="checkbox"/> Pobyt nielegalny <input type="checkbox"/> Inny, jaki?		
Czy posiada Pan/Pani ważny paszport?			
Czy członkowie Pana/Pani rodziny (w tym dzieci) posiadają ważne dokumenty podróży?			
Gdzie znajdują się Państwa paszporty?			
Członkowie rodziny objęci wnioskiem o pomoc w dobrowolnym powrocie:			
Imię i nazwisko	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Płeć
Czy któraś z osób objętych wnioskiem jest chora/niepełnosprawna /potrzebuje opieki medycznej podczas podróży?			
Czy któraś z kobiet objętych wnioskiem jest w ciąży? Jeśli tak proszę podać w którym tygodniu.			
Adres w kraju pochodzenia (proszę podać pełny adres)			
Telefon/y w kraju pochodzenia			
Mail		Skype	



DEKLARACJA DOBROWOLNEGO POWROTU

Dla pracowników IOM oraz instytucji współpracujących: cudzoziemiec ubiegający się o pomoc w dobrowolnym powrocie musi być zdolny zrozumieć treść i znaczenie niniejszej deklaracji. Cudzoziemiec przed podpisaniem deklaracji powinien zapoznać się z jej treścią; jeśli to konieczne należy zapewnić tłumaczenie deklaracji na język zrozumiały dla cudzoziemca oraz udzielić niezbędnych wyjaśnień.

Ja, (imię i nazwisko) _____, (urodzony/a: dd/mm/rrrr) __/__/____, będący obywatelem _____ oświadczam, że po należyтым zastanowieniu pragnę powrócić całkowicie dobrowolnie z pomocą IOM do (proszę podać miasto, kraj)

_____.
 Rozumiem, że mój powrót odbędzie się bezpośrednio do (państwo) _____, bez możliwości pozostania w innym kraju.

W imieniu własnym, członków rodziny oraz moich spadkobierców oświadczam, iż w razie gdybym doznał uszczerbku na zdrowiu, uległ kalectwu lub śmierci w trakcie lub po zakończeniu mojego uczestnictwa w programie dobrowolnych powrotów, IOM oraz inne uczestniczące w programie instytucje nie zostaną z tego tytułu obciążone odpowiedzialnością prawną.

Rozumiem, że informacje wymagane we wniosku są niezbędne do określenia czy kwalifikuję się do uzyskania pomocy w dobrowolnym powrocie.

Mam świadomość, iż podane przeze mnie we wniosku informacje zostaną przekazane i będą przetwarzane przez właściwe instytucje w zakresie niezbędnym do przygotowania i realizacji dobrowolnego powrotu osób objętych niniejszym wnioskiem, na co wyrażam zgodę.

Ponadto upoważniam przedstawiciela Międzynarodowej Organizacji do Spraw Migracji do odbioru z Urzędu do Spraw Cudzoziemców/Straży Granicznej/placówki konsularnej mojego paszportu/dokumentu podróży oraz dokumentów moich niepełnoletnich dzieci, powracających z Polski w ramach programu pomocy w dobrowolnym powrocie:

Lp.	Imię i nazwisko dziecka	Data urodzenia

Oświadczam, iż nie posiadam środków lub możliwości samodzielnej organizacji powrotu. Deklaruję, że podane przeze mnie informacje są, zgodnie z moją wiedzą, prawdziwe.

Imię i nazwisko wnioskodawcy _____

Podpis wnioskodawcy _____

Miejsce i data _____

Pracownik IOM _____

Miejsce i data _____



OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA GROMADZENIE, PRZETWARZANIE I UDOSTĘPNIANIE DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ MIĘDZYNARODOWĄ ORGANIZACJĘ DS. MIGRACJI

Ja niniejszym upoważniam Międzynarodową Organizację ds. Migracji oraz jej upoważnionego przedstawiciela do gromadzenia i przetwarzania moich danych osobowych oraz, o ile to konieczne, danych osobowych członków mojej rodziny, z następującym przeznaczeniem:

Cel	Opis	ZGODA	
		TAK	NIE
(a) Pierwotnie określony cel	<i>Pomoc w dobrowolnym powrocie</i>	X	
(b) Dalsza pomoc	<i>Pomoc reintegracyjna po powrocie</i>	X	
(c) Cel badawczy		
(d) Inne przeznaczenia		

Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych:

	UPOWAŻNIONY PODMIOT	ZGODA	
		TAK	NIE
(e) Upoważnieni pracownicy IOM	<i>Pracownicy IOM zaangażowani w realizację programu pomocy w dobrowolnym powrocie</i>	X	
(d) Inne upoważnione podmioty	<i>Urząd do Spraw Cudzoziemców, Straż Graniczna, placówki konsularne, agencje podróży, biura tłumaczeń, placówki medyczne i inne podmioty niezbędne do zorganizowania dobrowolnego powrotu</i>	X	

- Oświadczam, iż zostałem(a)m poinformowany(a), w jakim celu moje dane osobowe będą gromadzone, przetwarzane oraz udostępniane.
- Rozumiem, że moje dane osobowe mogą zostać wykorzystane i udostępnione również dla innych niż ww. celów, które są niezbędne dla osiągnięcia celów wymienionych powyżej.
- Rozumiem, że mam prawo żądać wglądu oraz dokonywać korekty moich danych osobowych.
- Rozumiem, że wycofanie mojej zgody może spowodować, iż IOM nie będzie w stanie zorganizować mi pomocy.
- Oświadczam, że wszystkie informacje, które podałem(a)m, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą, są prawdziwe.
- Oświadczam, że zapoznałem(a)m się i zrozumiałem(a)m zawartość niniejszego formularza:
 - Przeczytałem(a)m powyższe punkty: **TAK** / **NIE**
 - Powyższe zostało mi przetłumaczone lub przeczytane: **TAK** / **NIE**
- Decyzję o wyrażeniu zgody na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych podjąłem/podjęłam świadomie i dobrowolnie.

.....
Podpis beneficjenta

.....
Data, miejsce

.....
Podpis tłumacza