

For IOM use only

AVR No: _____

PF: _____

Coordinator: _____



IOM International Organization for Migration
IOM Kansainvälinen siirtolaisuusjärjestö
IOM Internationella migrationsorganisationen

DAVRiF

English/Finnish

Updated on
March 2010

IOM ASSISTED VOLUNTARY RETURN FROM FINLAND APPLICATION FOR VOLUNTARY RETURN

Finnish Case Number / ULKOMAALAISREKISTERIN ASIAKASNUMERO: _____

1. Personal Data / HENKILÖTIEDOT

Last Name / SUKUNIMI:		First Name / ETUNIMI:	
Gender/SUKUPUOLI:	Date of Birth (dd/mm/yy) / SYNTYMÄAIKA (pp/kk/vv):	Place of Birth / SYNTYMÄPAIKKA:	
Marital Status / SIMILISÄÄTY:		Nationality / KANSALAIUUS:	
Contact details in Finland / YHTEYSTIEDOT SUOMESSA:			
Return Address and Telephone Number in Country of Return / PALUUSOITE JA PUHELINNUMERO:			
Return Country / MÄÄRÄNPÄÄ:		Date of Entry in Finland / SUOMEEN SAAPUMISPÄIVÄ:	

2. Legal Status in Finland / LAILLINEN STATUS SUOMESSA

<input type="checkbox"/>	Withdrawing Asylum Process / TURVAPAIKKAHAKEMUKSEN PERUUTTANUT TURVAPAIKANHAKIJA	Date of Withdrawal / HAKEMUS PERUTTU, PÄIVÄMÄÄRÄ:
<input type="checkbox"/>	Rejected Asylum Seeker / KIELTEISEN TURVAPAIKKAPÄÄTÖKSEN SAANUT TURVAPAIKANHAKIJA	Date of Negative Decision/ KIELTEINEN PÄÄTÖS, PÄIVÄMÄÄRÄ:
<input type="checkbox"/>	Refugee Status, Protection / PAKOLAINEN TAI KANSAINVÄLINEN SUOJELU	Grounds for protection / SUOJELUN MYÖNTÄMISPERUSTE
<input type="checkbox"/>	Other / MUU: _____	

3. Documentation & visas / MATKUSTUSASIAKIRJAT & VIISUMIT

Document type / ASIAKIRJATYYPPI	Date & place issued / MYÖNTÄMISPÄIVÄMÄÄRÄ JA -PAIKKA	Number / NUMERO	Valid until/ VOIMASSAOLOAIKA
Passport / PASSI			
Travel Document /MATKUSTUSASIAKIRJA			



Euroopan Paluurahasto
osallistuu hankkeen
rahoitukseen



MAAHANMUUTTOVIRASTO
MIGRATIONSVERKET
FINNISH IMMIGRATION SERVICE

4. Dependants returning with applicant / HAKIJAN KANSSA MATKUSTAVAT PERHEENJÄSENET						
Family name / SUKUNIMI	First name / ETUNIMI	Relationship / PERHESUHDE	Sex/ SUKUPUOLI	Date of birth / SYNTYMÄAIKA	Nationality / KANSALAIUUUS	Passport No. / PASSIN NUMERO

5. Relatives in home country / SUKULAISET KOTIMAASSA			
Name / NIMI	Relationship / PERHESUHDE	Contact Address / OSOITE	Telephone / PUHELINNUMERO

6. Travel information / MATKUSTUSTIEDOT	
Date when you are ready to travel? / MILLOIN OLET VALMIS MATKUSTAMAAN?	
What is your final destination city in the return country? Mikä kaupunki on määränpää kotimaassasi?	Do you need transportation until your final destination? Tarvitsetko kuljetuksen määränpäähän saakka? <input type="checkbox"/> Yes / KYLLÄ <input type="checkbox"/> No / EI
Do you need medical assistance during travel? / Tarvitsetko terveyteen liittyvää apua matkan aikana? <input type="checkbox"/> No / EI <input type="checkbox"/> Yes / KYLLÄ - If yes explain / JOS KYLLÄ, MIKSI _____	

7. Language skills / KIELITAITO			
	Command / TASO		
	Fluent / SUJUVA	Regular / KESKITASO	Poor / HEIKKO
Mother tongue / ÄIDINKIELI _____			
Finnish / SUOMI			
English / ENGLANTI			
Other language / MUU KIELI _____			

IOM Helsinki

Enquiries: Tel: +358.9.684 11 50 • E-mail: mrhfelsinkiavr@iom.int
www.vapaaehtoinenpaluu.fi / www.assistedvoluntaryreturn.fi



IOM International Organization for Migration
IOM Kansainvälinen siirtolaisuusjärjestö
IOM Internationella migrationsorganisationen

8. Certification by Applicant / HAKIJAN VAKUUTUS

I, (full name) _____ being a citizen of _____
and desiring to return peacefully and voluntarily to my country of origin, hereby declare that after due consideration and
entirely of my own free will, I wish to be assisted by IOM to return to _____.

I understand that my assisted return will be direct to _____ without remaining in any
intermediate country.

I understand that the details requested in this application form are required by IOM in order to assess my eligibility to
participate in the DAVRiF project, and to arrange my return to my country of origin. I voluntarily consent to IOM using the
information for the purposes described above, and understand that my personal information, and that of my dependants,
will not be made public at any time by IOM.

I agree for myself, as well as for my dependants, heirs and estate that, in the event of personal injury or death during
and/or after my participation in this IOM programme, neither IOM, nor any other participating agencies or government, can
in any way be held liable or responsible.

I understand that if I make a false statement in signing this form, the assistance provided by IOM can be terminated at any
time.



Applicant's Signature / HAKIJAN ALLEKIRJOITUS

Spouse's Signature / PUOLISON ALLEKIRJOITUS

Place and Date / PAIKKA JA PÄIVÄMÄÄRÄ

IOM Representative / IOM:N EDUSTAJA

Place and Date / PAIKKA JA PÄIVÄMÄÄRÄ

IOM Helsinki

Enquiries: Tel: +358.9.684 11 50 • E-mail: mrhelsinkiavr@iom.int
www.vapaaehtoinenpaluu.fi / www.assistedvoluntaryreturn.fi

9. Counselor / NEUVOVA VIRANOMAINEN

Reception Centre / Municipality / Police (circle one)
VASTAANOTTOKESKUS/ KUNTA/POLIISI (YMPYRÖI)

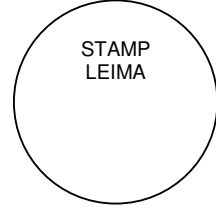
(Signature of Counselor / Neuvovan viranomaisen allekirjoitus)

(Name of Counselor / Neuvovan viranomaisen nimi)

(Telephone number / PUHELINNUMERO)

(Fax Number / FAKSINUMERO (E-mail/ SÄHKÖPOSTI)

(Place and date / PAIKKA JA PÄIVÄMÄÄRÄ)



10. Attachments to this application / HAKEMUKSEN LIITTEET

1. **Photocopy of the travel documents / KOPIO MATKUSTUSASIAKIRJOISTA**
2. **Application for Re-integration Support / UJDELLENKOTOUTUMISTUEN HAKULOMAKE**
3. **IOM Cover-letter / IOM:N SAATEKIRJE**

Please forward the completed form to IOM Helsinki together with the required attachments

Täytetty hakulomake ja liitteet tulee toimittaa IOM Helsinkiin alla mainituin tiedoin

Mailing address: P.O. Box 851 • FI-00101 Helsinki • Finland • Visiting address: Unioninkatu 13, 6th floor • FI-00130 Helsinki

Fax: +358.9.684 11 511 / 10 • E-mail: mrfhelsinkiavr@iom.int

Enquiries: Tel: +358.9.684 11 50

11. FOR USE OF IOM HELSINKI ONLY

Received on (date):

DAVRiF Number:

IOM Helsinki /

Applicant considered eligible for voluntary return:

Yes

No

(date, signature)

Estimated Date of Departure:

Special Considerations for Return:

IOM Helsinki

Enquiries: Tel: +358.9.684 11 50 • E-mail: mrfhelsinkiavr@iom.int
www.vapaaehtoinenpaluu.fi / www.assistedvoluntaryreturn.fi