

For IOM use only

AVR No: _____

PF: _____

Coordinator: _____



IOM International Organization for Migration
IOM Kansainvälinen siirtolaisuusjärjestö
IOM Internationella migrationsorganisationen

DAVRiF

English/Russian

Updated on August
2010

**Программа сопровождаемого добровольного возвращения из
Финляндии
Заявка на добровольное возвращение**

Finnish Case Number / ULKOMAALAISREKISTERIN ASIAKASNUMERO: _____

1. Personal Data / Личные данные

Last Name / ФАМИЛИЯ: :		First Name / Имя:	
Gender/Пол:	Date of Birth (dd/mm/yy) / ДАТА РОЖДЕНИЯ:	Place of Birth / МЕСТО РОЖДЕНИЯ:	
Marital Status / СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ:		Nationality / ГРАЖДАНСТВО:	
Contact details in Finland / КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ В ФИНЛЯНДИИ (АДРЕС, ТЕЛЕФОН):			
Return Address and Telephone Number in Country of Return / АДРЕС И ТЕЛЕФОН В СТРАНЕ ВОЗВРАЩЕНИЯ:			
Return Country / СТРАНА ВОЗВРАЩЕНИЯ:		Date of Entry in Finland / ДАТА ВЪЕЗДА В ФИНЛЯНДИЮ:	

2. Legal Status in Finland / Юридический статус в Финляндии

<input type="checkbox"/>	Withdrawing Asylum Process / приостановленное заявление об убежище	Date of Withdrawal / ДАТА ПРИОСТАНОВЛЕНИЯ:
<input type="checkbox"/>	Rejected Asylum Seeker / Отказ в убежище	Date of Negative Decision/ ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ОТКАЗА:
<input type="checkbox"/>	Refugee Status, Protection / СТАТУС БЕЖЕНЦА	Grounds for protection / ОСНОВАНИЯ ПОЛУЧЕНИЯ СТАТУСА
<input type="checkbox"/>	Other / ДРУГОЕ: _____	

3. Documentation & visas / Документы и виза

Document type / Тип документа	Date & place issued / ДАТА И МЕСТО ВЫДАЧИ	Number / НОМЕР	Valid until/ СРОК ГОДНОСТИ
Passport / ПАСПОРТ			
Travel Document/ проездной документ			



Euroopan Paluurahasto
osallistuu hankkeen
rahoitukseen



MAAHANMUUTTOVIRASTO
MIGRATIONSVERKET
FINNISH IMMIGRATION SERVICE

4. Dependants returning with applicant / ИЖДИВЕНЦЫ, ВОЗВРАЩАЮЩИЕСЯ ВМЕСТЕ С ЗАЯВИТЕЛЕМ						
Family name / ФАМИЛИЯ	First name / ИМЯ	Relationship / СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	Sex/ ПОЛ	Date of birth / ДАТА РОЖДЕНИЯ	Nationality / ГРАЖДАНСТВО	Passport No. / НОМЕР ПАСПОРТА

5. Relatives in home country / РОДСТВЕННИКИ В СТРАНЕ ВОЗВРАЩЕНИЯ			
Name / ФИО	Relationship / СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	Contact Address / АДРЕС	Telephone / ТЕЛЕФОН

6. Travel information / ИНФОРМАЦИЯ О ПОЕЗДКЕ	
Date when you are ready to travel? / КОГДА ВЫ ГОТОВЫ ВЫЕЗЖАТЬ?	
What is your final destination city in the return country? ВАШ КОНЕЧНЫЙ ПУНКТ НАЗНАЧЕНИЯ В СТРАНЕ ВОЗВРАЩЕНИЯ?	Do you need transportation until your final destination? ТРЕБУЕТСЯ ЛИ ВАМ ТРАНСПОРТ ДО КОНЕЧНОГО ПУНКТА НАЗНАЧЕНИЯ? <input type="checkbox"/> Yes / да <input type="checkbox"/> No / Нет
Do you need medical assistance during travel? / НУЖНА ЛИ ВАМ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ПОЕЗДКЕ? <input type="checkbox"/> No / нет <input type="checkbox"/> Yes / да - If yes explain / Если да, ПОЧЕМУ _____	

7. Language skills / Знание языков			
	Command / Владение		
	Fluent / Бегло	Regular / Хорошо	Poor / Плохо
Mother tongue / РОДНОЙ ЯЗЫК _____			
Finnish / Финский			
English / Английский			
Other language / ДРУГОЙ ЯЗЫК _____			

IOM Helsinki

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



IOM International Organization for Migration
IOM Kansainvälinen siirtolaisuusjärjestö
IOM Internationella migrationsorganisationen

8. Certification by Applicant / Заверяется заявителем

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 _____.

(Я, (ФИО) _____, гражданин (ка) _____ Желаящий(ая) вернуться добровольно в страну происхождения, настоящим заявляю, что обдумав все и полностью по доброй воле, хочу вернуться в _____ при помощи IOM).

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

(Я понимаю, что мое добровольное возвращение будет организовано в _____ без возможности остаться ни в какой промежуточной стране).

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.

(Я понимаю, что информация, запрашиваемая в анкете, необходима IOM, чтобы оценить, могу ли я участвовать в программе добровольного возвращения (DAVRiF), и чтобы организовать мое возвращение в страну происхождения. Я добровольно даю IOM разрешение на использование информации для достижения целей, описанных ранее, и понимаю, что моя личная информация и данные моих иждивенцев не будут предаваться огласке).

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.

(Я согласен за себя и членов своей семьи, что в случае травмы или смерти в ходе и/или после программы, ни IOM, ни любая другая организация или правительство не несут за это ответственности).

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

(Я понимаю, что предоставление ложной информации может повлечь за собой прекращение моего участия в программе IOM в любое время).



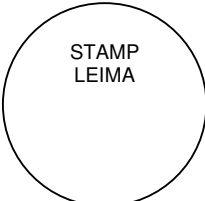
Applicant's Signature / Подпись заявителя

Spouse's Signature / Подпись супруга(ги)

Place and Date / Место и дата

IOM Representative / Представитель IOM

Place and Date / Место и дата

9. Counselor / NEUVOVA VIRANOMAINEN (Заполняется переселенческим центром)	
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 / ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ
<ol style="list-style-type: none"> 1. Photocopy of the travel documents / Копия проездного документа 2. Application for Re-integration Support / Заявка на интеграционную поддержку 3. IOM Cover-letter / Письмо в IOM

Please forward the completed form to IOM Helsinki together with the required attachments
Отправьте заполненную форму в IOM Хельсинки вместе с необходимыми документами
 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/ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО СОТРУДНИКОМ IOM	
Received on (date):	DAVRiF Number:
IOM Helsinki / Applicant considered eligible for voluntary return: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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