**Aide au Retour Volontaire et à la Réintégration (AVRR) - Formulaire de Préinscription**

**(Relatif au COVID-19)**

En raison de la propagation rapide de la pandémie COVID-19 et des restrictions de voyages en vigueurs en ce moment, l’IOM n’est pas en mesure de maintenir tous ses services d’aide au retour volontaire et à la réintégration (AVRR).

Ce formulaire vous permet de manifester votre intérêt à bénéficier de l’aide au retour volontaire et à la réintégration du moment que les restrictions de voyage seront levées et que les programmes AVRR pourront à nouveau être pleinement mis en œuvre. Malheureusement, l’OIM ne sait pas comment ni quand cela aura lieu.

Si vous confirmez votre intérêt pour une préinscription pour un retour volontaire dans votre pays d’origine, l’OIM vous contactera aussitôt que les programmes AVRR reprennent. Si vous souhaitez toujours prendre part au programme, il vous sera demandé de remplir les formulaires nécessaires afin de compléter votre inscription.

Ce formulaire vous permet uniquement de manifester votre intérêt pour un retour volontaire dans votre pays d’origine afin que l’OIM puisse vous contacter à partir du moment où les services AVRR de l’OIM seront de nouveau disponibles. Il ne constitue ni une garantie ni une confirmation de votre inscription au programme AVRR.

|  |  |
| --- | --- |
| **Pays de résidence actuel :** |  |
| **Date de préinscription (date/mois/année) :** |  |
| **Ville de résidence actuelle :** |  |
| **Nom :** |  |
| **Prénom :** |  |
| **Nationalité :** |  |
| **Date de naissance (date/mois/année) :** |  |
| **Pays de retour** : |  |
| **Destination finale envisagée :** |  |
| **Documents de voyage (passeport, pièces d’identité, autres)**  Si oui, veuillez préciser la date d’expiration (Jour/Mois/Année) | **Oui\_\_\_ Non\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Etes-vous titulaire d’un titre de séjour valide ?**  Si oui, veuillez préciser la date d’expiration (Jour/Mois/Année) | **Oui\_\_\_ Non\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Demande faite par le bénéficiaire direct (bénéficiaire préinscrit) ?**  Si non, veuillez préciser votre nom et lien avec le bénéficiaire direct : | **Oui\_\_\_ Non\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Le nombre de personnes qui composent famille (si, pertinent) :** |  |
| **Envisagez-vous de voyager avec un/des enfant(s) ?** | **Oui\_\_\_ Non\_\_\_** |
| **Envisagez-vous de voyager avec une/des personne(s) ayant un/des problème(s) de santé?** | **Oui\_\_\_ Non\_\_\_** |
| **Vos coordonnées afin de permettre un suivi de l’OIM :** | **Téléphone portable/ téléphone fixe :**  **Courrier électronique :** |
| **Veuillez préciser si vous ou les membres de votre famille avez/ont des besoins spécifiques (logement, accès aux services de santé, etc.)** Il convient de noter qu’en ce moment, l’accès aux services est restreint. Néanmoins, si vous le souhaitez, vous pouvez préciser vos besoins et l’OIM vous dirigera vers les services, selon leur disponibilité. | |

Je comprends que mes données à caractère personnel et, le cas échéant, celles des personnes à ma charge [noms du ou des enfants/des membres de la famille] seront utilisées par l’OIM dans le but (i) d’enregistrer l’expression de mon intérêt pour le programme AVRR, afin de pouvoir me contacter lorsque je pourrais y participer et (ii) pour la provision d’assistance pour moi-même et pour les personnes à ma charge, à travers les partenaires de l’OIM, si cela est possible. J’autorise par la présente l’OIM et toute autre personne ou entité habilitée agissant au nom de l’OIM à recueillir, utiliser, divulguer et détruire es données à caractère personnel fournies dans ce formulaire pour la finalité spécifiée. Je comprends et accepte que les données à caractère personnel soient divulguées et traitées par [nom du tiers, par eg. donateurs, institutions/entités gouvernementales] aux fins prévues et clairement spécifiées.

Je reconnais, en mon nom et au nom de toute personne pour laquelle j’en ai le droit, de mes héritiers et de ma succession, que l’OIM ne sera pas tenue pour responsable des éventuels dommages causés directement ou indirectement à moi-même ou à l’une quelconque des personnes précitées dans le cadre de l’aide fournie par l’OIM lorsque ces dommages découlent de circonstances échappant au contrôle de l’OIM.

Je déclare que les renseignements communiqués sont, à ma connaissance, véridiques et exacts. J’ai bien compris que si je fais une fausse déclaration en signant le présent formulaire, l’OIM pourrait être dans l’incapacité de fournir une aide.

**Signé le [date] à [lieu] :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature du demandeur (ou de son représentant légal) :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_