### **Помощь в добровольном возвращении и реинтеграции, Форма Предварительной Регистрации**

### (Актуально в связи с COVID-19)

В связи с пандемией COVID-2019 и связанных с этим ограничений в передвижении, в настоящий момент МОМ не может предоставить Вам помощь в добровольном возвращении и реинтеграции. Заполнив данную форму, Вы можете выразить Вашу заинтересованность в участии в программе МОМ *Помощь в добровольном возвращении и реинтеграции*, работа программы будет возобновлена как только ограничения будут сняты. На данный момент МОМ не имеет сведений, когда и как это произойдет. Если Вы выразите Вашу заинтересованность посредством заполнения данной формы, МОМ свяжется с Вами, когда работа программы будет возобновлена. Если Вы заинтересованы в участии в программе *Помощь в добровольном возвращении и реинтеграции,* Вам будет предложено заполнить необходимые документы для регистрации.

Цель этой формы заключается исключительно в том, чтобы Вы выразили свою заинтересованность в участии в программе *Помощь в добровольном возвращении и реинтеграции*, и чтобы МОМ могла уведомить Вас о возможности участия в этой программе. Данная форма не является ни регистрацией Вас в программе *Помощь в добровольном возвращении и реинтеграции*, ни подтверждением Вашего участия в программе.

**Страна текущего пребывания:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Дата предварительной регистрации: (день/месяц/год**: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_**)**

**Город текущего пребывания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Имя:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Фамилия:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Гражданство:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата рождения (день/месяц/год)**: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**Страна возвращения**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Предполагаемый** **конечный пункт назначения.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Проездные документы** (паспорт; документ, удостоверяющий личность; другое)**:** ДА\_\_\_ НЕТ\_\_\_

Если да, пожалуйста, укажите дату окончания срока действия (День/Месяц/Год) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Действующий вид на жительство в стране текущего пребывания?** ДА\_\_\_ НЕТ\_\_\_

Если да, пожалуйста, укажите дату окончания срока действия (День/Месяц/Год)

**Запрос сделан прямым получателем помощи (заявителем)?** ДА \_\_\_ НЕТ \_\_\_

Если нет, пожалуйста, укажите имя и отношение к заявителю: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**При необходимости, количество членов семьи для предварительной регистрации:**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Вы путешествуете с ребенком / детьми?** ДА \_\_\_ НЕТ \_\_\_

**Вы путешествуете с лицами, имеющими какие-либо заболевания**? ДА \_\_\_ НЕТ \_\_\_

**Контактные данные для обратной связи МОМ**:

Мобильный телефон/ номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Нужны ли Вам или членам Вашей семьи особые насущные потребности** (жилье, доступ к медицинскому обслуживанию и т.д.)? Пожалуйста, обратите внимание, что на данный момент доступность сервисов ограничена. Тем не менее, по желанию, Вы можете указать Ваши насущные потребности здесь и МОМ направит Вас к тому или иному сервису, в случае его доступности).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я понимаю, что мои персональные данные, а также данные моих иждивенцев [имя ребенка/членов семьи] будут обрабатываться МОМ (1.) с целью регистрации моей заинтересованности для участия в программе *Помощь в добровольном возвращении и реинтеграции* для того, чтобы МОМ связался со мной как только я смогу принять участие в данной программе, и (2) предоставление помощи мне и / или иждивенцам через партнеров МОМ, если это возможно. Настоящим я уполномочиваю МОМ и любое уполномоченное лицо или организацию, действующую по поручению МОМ, в сборе, использовании, раскрытии и уничтожении персональной информации, предоставленной в данной форме. Я уведомлен(а) и соглас(ен)/(на), что персональные данные будут предоставляться и обрабатываться [название сторонней организации, например, доноры, соответствующие учреждения/ государственные организации] для достижения указанной цели.

Я изъявляю согласие за себя и лица, за которых имею такое право, а также соответствующих наследников и имущества, что МОМ не несет ответственности за любой ущерб, прямо или косвенно причиненный мне или любому лицу, связанный с помощью МОМ, обусловленный обстоятельствами, не зависящими от МОМ.

Я заявляю, что информация, предоставленная мной, является достоверной и корректной на основании известной мне информации. Я понимаю, что в случае указания ложной информации в данной форме, помощь, предоставленная МОМ, может быть приостановлена в любое время.

Подписано [дата] в [месте]:

Подпись заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_