## **Форма попередньої реєстрації за**

## **Програмою допомоги з добровільного повернення та реінтеграції**

## (в умовах COVID-19)

Через пандемію COVID-19 і пов'язані з нею обмеження на пересування, МОМ не може надати Вам допомогу з добровільного повернення та реінтеграції станом на сьогоднішній день. Скориставшись цією формою Ви можете висловити зацікавленість в участі у програмі МОМ з добровільного повернення та реінтеграції після зняття обмежень і відновлення роботи програми. Станом на сьогоднішній день МОМ не володіє інформацією, коли і як це станеться. Якщо Ви висловили зацікавленість в участі у програмі скориставшись цією формою, МОМ зв'яжеться з Вами після відновлення роботи програми з добровільного повернення та реінтеграції. Якщо Ви все ще бажаєте взяти участь у програмі з добровільного повернення та реінтеграції, Вам буде запропоновано заповнити необхідні документи для реєстрації.

Ця форма призначена виключно для того, щоб Ви мали можливість висловити зацікавленість стосовно участі у програмі з добровільного повернення та реінтеграції і для того, щоб МОМ могла повідомити Вас, щойно участь у програмі стане можливою. Ця форма не є ані Вашою реєстрацією у програмі з добровільного повернення та реінтеграції, ані підтвердженням Вашої участі у ній.

**Країна поточного перебування:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата попередньої реєстрації (день/місяць/рік)**: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**Місто поточного перебування: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ім’я:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Прізвище:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Національність:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата народження (день/місяць/рік)**: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**Країна повернення**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Очікуваний кінцевий пункт призначення:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Проїзні документи** (паспорт, посвідчення особи, інші)**:** ТАК\_\_\_ НІ\_\_\_

Якщо так, будь ласка, вкажіть термін дії (день/місяць/рік) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Чи дійсна посвідка на тимчасове проживання в країні поточного перебування?** ТАК\_\_\_ НІ\_\_\_

Якщо так, будь ласка, вкажіть термін дії (день/місяць/рік) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Запит зроблено прямим бенефіціаром (попереднім заявником)?** ТАК \_\_\_ НІ \_\_\_

Якщо ні, будь ласка, вкажіть ім’я та взаємини з попереднім заявником: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Кількість членів родини, яких потрібно попередньо зареєструвати (за потреби)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ви подорожуєте з дитиною / дітьми?** ТАК \_\_\_ НІ \_\_\_

**Ви подорожуєте з людьми, що мають медичні показання?** ТАК \_\_\_ НІ \_\_\_

**Контактні дані для подальшої діяльності МОМ**:

Мобільний телефон / стаціонарний телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Електронна пошта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Чи є у Вас або членів Вашої родини особливі нагальні потреби** (житло, доступ до охорони здоров'я і т.д.)? Зверніть увагу, що станом на сьогоднішній день доступність послуг обмежена. Тим не менш, якщо Ви бажаєте, то можете зазначити свої нагальні потреби тут, і МОМ надасть Вам послуги (за їх наявності).

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

Я розумію, що мої персональні дані та дані моїх утриманців (ім’я дитини / членів родини) будуть оброблятися МОМ з метою реєстрації моєї зацікавленості в участі у програмі з добровільного повернення та реінтеграції, та подальшого зв’язку МОМ зі мною, щойно я зможу взяти участь у ній, і надання допомоги мені та / або утриманцям через партнерів МОМ, якщо це можливо, за попередньою реєстрацією у програмі з добровільного повернення та реінтеграції. Я цим уповноважую МОМ та будь-яку уповноважену особу чи організацію, яка діє від імені МОМ, збирати, використовувати, розкривати та розпоряджатися персональними даними, вказаними у цій формі. Я знаю і погоджуюся, що персональні дані будуть надані та оброблятимуться [ім'я третьої сторони, наприклад, донорами, відповідними установами / державними органами] для досягнення зазначеної мети.

Я визнаю, від свого імені і будь-якої особи, від імені якої я маю на це право, а також відповідних спадкоємців і майна, що МОМ не нестиме відповідальність за будь-які збитки, прямо чи опосередковано заподіяні мені або будь-якій такій особі у зв'язку з допомогою МОМ, обумовлені обставинами, що не залежать від МОМ.

Я заявляю, що надана мною інформація є правдивою та коректною, наскільки мені відомо. Я розумію, що у разі надання неправдивої інформації під час підписання цієї форми, допомога МОМ може бути припинена у будь-який час.

Підписано [дата] [місце]:

Підпис заявника: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_