## **Retorno Voluntario Asistido y Reintegración (RVAR)**

## **Formulario de Pre-Registro**

## (Especifico a COVID-19)

Como resultado de la pandemia COVID 19 y específicamente las restricciones de viaje, OIM no está en la posición de apoyar todos los servicios de RVAR.

Con este formulario usted puede expresar su interés de participar en el Programa de AVRR de la OIM una vez que las restricciones de viaje estén levantadas y los programas puedan operar de nuevo a su completa capacidad. Desafortunadamente la OIM no sabe cuando y como esto sucederá

Si usted expresa interés en pre-registrarse, OIM tomará contacto con usted tanto se reanuden los programas de AVRR. Si usted aun desea participar en el programa de AVRR, le pediremos llenar todos los documentos para su registro.

El propósito de este formulario es solamente para que usted exprese su interés de participar en el programa de RVAR y para que la OIM pueda notificarle una vez que su participación sea posible. Este formulario no es un registro al programa de RVAR ni es la aprobación para usted participe en dicho programa.

|  |  |
| --- | --- |
| **País donde reside actualmente:** |  |
| **Fecha de pre-registro: (día/mes/año)** |  |
| **Ciudad donde reside actualmente:** |  |
| **Nombre:** |  |
| **Apellidos:** |  |
| **Nacionalidad:** |  |
| **Día de nacimiento: (día/mes/ año)** |  |
| **Pais de retorno:** |  |
| **Destino final esperado:** |  |
| **Documentos de viaje** **(pasaporte, identificación, otros):**  Si su respuesta es positiva, por favor indique la fecha de vencimiento (Día/Mes/Año) | **Si:** \_\_\_  **No:** \_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **¿Tiene permiso válido de residencia en el país donde reside?**  Si su respuesta es positiva, por favor indique la fecha de vencimiento (Día/Mes/Año) | **Si:** \_\_\_  **No:** \_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **¿Es la solicitud hecha directamente por la persona beneficiaria (pre-solicitante)?**  Si su respuesta es negativa, por favor indique la relación con la persona que pre-solicita: | **Si:** \_\_\_  **No:** \_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Si fuese relevante, indique el número de miembros de la familia a ser pre-registrados:** |  |
| **¿Está usted viajando con hijos/hijas?** | **Si:** \_\_\_  **No:** \_\_\_ |
| **¿Está usted viajando con personas con condiciones médicas?** | **Si:** \_\_\_  **No:** \_\_\_ |
| **Detalles de contacto para el seguimiento de la OIM:** | **Número de teléfono fijo/ móvil:**  **Dirección de correo electrónico:** |
| **¿Tiene usted o algún miembro de su familia necesidades inmediatas** (alojamiento, acceso a salud, etc.)?  Favor notar que en este momento, la disponibilidad de servicios es restringida. Sin embargo, si usted lo desea, puede expresar aquí sus necesidades y la OIM lo referirá a los servicios que estén disponibles. | |

Entiendo que los mis datos personales y los de mis dependientes (nombre de hijos(as)/miembros de la familia) serán procesados por la OIM para (i) el propósito de registrar su interés en el programa de RAVR para que luego ser contactado por la OIM para participar en él, y (ii) proveer asistencia para mí mismo (a) y/o para mis dependientes a través de los socios de la OIM, si fuese posible. Así, por la presente autorizo a la OIM y cualquier persona autorizada o entidad actuando a nombre de la OIM, a recopilar, usar, revelar y disponer de la información personal en este formulario. Estoy consciente y de acuerdo que la información personal pueda ser compartida y procesada por (nombre del tercero, por ejemplo, donante, entidad relevante de gobierno o institución) para lograr el propósito especificado.

Confirmo, en mi nombre y en el de todo aquel para quien tengo potestad de hacerlo, incluidos mis herederos y sucesiones pertinentes, que la OIM no podrá ser considerada responsable de ningún daño y perjuicio causado, directa o indirectamente, a mí persona o a cualquiera de los antes mencionados, en relación con la asistencia facilitada, siempre que ello se deba a circunstancias que escapen al control de la OIM.

Declaro que la información que he provisto es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si hago una declaración falsa al firmar este formulario, la asistencia provista por OIM puede ser terminada en cualquier momento.

Firmado el (fecha) en (lugar):

Firma de la persona solicitante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_