**Asistované Dobrovoľné Návraty a Reintegrácie (AVRR) Pred-registračný formulár**

**(Špeciálny COVID-19 formulár)**

V dôsledku pandémie spôsobnej ochorením COVID-19 a súvisiacich cestovných obmedzení, nie je IOM schopná poskytovať všetky služby programu AVRR.

Prostredníctvom tohto formulára však môžete vyjadriť svoj záujem o účasť v programe AVRR po zrušení cestovných obmedzení a opätovnom spustení programov AVRR v plnej miere. Bohužiaľ, IOM nevie kedy a ako sa tak udeje.

Ak prejavíte záujem o pred-registráciu, IOM Vás bude kontaktovať ihneď po obnovení programu AVRR. Ak sa stále budete chcieť zúčastniť na programe AVRR, budete znovu požiadaný o vyplnenie dokumentov požadovaných pre vašu registráciu.

Jediným účelom tohto formulára je to, aby ste vyjadrili svoj záujem o účasť v programe AVRR a aby Vás IOM mohla informovať, keď bude účasť na programe možná. Tento formulár nie je Vašou registráciou do programu AVRR, ani súhlasom s Vašou účasťou na programe.

|  |  |
| --- | --- |
| **Krajina súčasného pobytu:** |  |
| **Dátum pred-registrácie (deň/mesiac/rok):** |  |
| **Mesto, kde sa v súčasnosti zdržiavate:** |  |
| **Krstné meno:** |  |
| **Priezvisko:** |  |
| **Národnosť:** |  |
| **Dátum narodenia (deň, mesiac, rok)**: |  |
| **Krajina návratu:** |  |
| **Plánovaná cieľová adresa:** |  |
| **Máte cestovné doklady (pas, OP, iné):** Ak áno, prosím uveďte dátum vypršania platnosti dokladu (deň/mesiac/rok)  | **Áno:** \_\_\_  **Nie:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Máte platný pobyt v krajine súčasného pobytu (SR)?**  Ak áno, prosím uveďte dátum vypršania platnosti pobytu (deň/mesiac/rok) | **Áno:** \_\_\_  **Nie:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Ste Vy osobne záujemcom o návrat?** Ak nie, napíšte Váš vzťah k záujemcovi o návrat: | **Áno:** \_\_\_  **Nie:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Počet rodinných príslušníkov, ktorí majú byť pred-registrovaní (ak je to relevantné)**:  |  |
| **Cestujete s dieťaťom / deťmi**?  | **Áno:** \_\_\_  **Nie:** \_\_\_ |
| **Cestujete s osobami so zdravotnými ťažkosťami**?  | **Áno:** \_\_\_  **Nie:** \_\_\_ |
| **Kontaktné údaje, aby vás IOM mohla kontaktovať**:  | **Telefónne číslo:** **Emailová adresa:** |
| **Potrebujete Vy alebo Vaši rodinní príslušníci akútnu pomoc** (s ubytovaním, prístupom k zdravotnej starostlivosti atď.)? Upozorňujeme, že v tomto okamihu je dostupnosť služieb obmedzená. Ak si to však predsa len želáte, môžete tu uviesť svoje akútne potreby a IOM Vám sprostredkuje kontakt na dostupné služby. |

Rozumiem, že moje osobné údaje a osobné údaje mojej rodiny [meno dieťaťa / rodinných príslušníkov] budú spracované IOM za účelom (i) registrácie môjho vyjadrenia záujmu o účasť v programe AVRR, aby ma IOM mohla kontaktovať hneď, ako bude možné sa na programe zúčastniť, a (ii) poskytovania pomoci mne a/alebo mojim rodinným príslušníkom prostredníctvom partnerov IOM, ak to bude možné.

Týmto oprávňujem IOM a akékoľvek iné oprávnené osoby alebo subjekty konajúce v mene IOM, na zhromažďovanie, používanie, zverejňovanie a odstránenie osobných údajov uvedených v tomto formulári. Som si vedomý/á a súhlasím s tým, že osobné údaje budú zdieľané a spracovávané [meno tretej strany, napr. donor, príslušné inštitúcie / vládne subjekty] na dosiahnutie stanoveného účelu.

Uznávam za seba a za každú osobu, za ktorú mám právo tak urobiť, ako aj za príslušných dedičov , že IOM nezodpovedá za žiadne škody spôsobené, priamo alebo nepriamo, mne alebo akejkoľvek osobe v súvislosti s poskytovaním pomoci IOM, ktoré vyplývajú z okolností mimo kontroly IOM.

Vyhlasujem, že informácie, ktoré som uviedol/uviedla, sú úplné a pravdivé podľa môjho najlepšieho vedomia. Uvedomujem si, že v prípade uvedenia nepravdivých údajov pri podpise tohto formulára, môže byť poskytovaná pomoc IOM kedykoľvek ukončená.

Podpísaný/á dňa ……………….., v …………………

Podpis žiadateľa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_