

For IOM Use only

AVRR Case No:

PF No:



International Organization for Migration (IOM)
The UN Migration Agency

IOM Assisted
Voluntary Return
from Iceland
Russian/English

IOM Finland
01.07.2018

IOM Assisted Voluntary Return from Iceland - AVRR application form Russian
МОМ Оказание помощи в добровольном возвращении из Исландии

1. Personal details / Личные данные			
Last Name / Фамилия		First Name / Имя	
Icelandic Case Number / IDI number Исландский номер дела			
Sex / Пол	Date of Birth / Дата рождения	Place of Birth / Место рождения	
Marital Status / Семейное положение		Citizenship(s) / Гражданство	
Contact Details in Iceland / Контактные данные в Исландии		<input type="checkbox"/> Icelandic Directorate of Immigration <input type="checkbox"/> Revkianesbær <input type="checkbox"/> Reykjavik <input type="checkbox"/> Hafnarfjörður	
Return Address in Country of Return (of yourself or relatives/acquaintances, through whom you can be reached) / Возвращение Адрес в стране возвращения (себя или родственников / знакомых, через которых можно связаться с вами)		Telephone Number in Country of Return / Номер телефона в стране возвращения	
2. Travel information / Информация о поездке			
Final Destination in Country of Origin (please state full address)? / Пункт назначения в стране происхождения (просьба указать полный адрес)?		Do you need transportation to your final destination? / Вам нужен транспорт до конечного пункта назначения? <input type="checkbox"/> Yes / Да <input type="checkbox"/> No / Нет	
Do you or your dependants have any medical condition? / Есть ли у Вас или Ваших членов семьи какие-либо заболевания? <input type="checkbox"/> No / Нет <input type="checkbox"/> Yes / Да			
If yes, please explain / Если да, поясните			
3. Legal Status in Iceland / Правовой статус в Исландии			
<input type="checkbox"/> Withdrawing Asylum Process / Взятие назад заявления о предоставлении убежища		<input type="checkbox"/> Rejected Asylum Seeker / Отрицательное решение о предоставлении убежища	
<input type="checkbox"/> Refugee returning home / Беженец возвращающийся домой		<input type="checkbox"/> Other / Другое _____	

4. Documentation & visas / Документы и визы

Document type / Тип документа	Date & place issued / Дата и место выдачи	Number / Номер	Valid until / Годен до	Where is the Document? / Где находится в данный момент документ?
Passport / Заграничный паспорт				
Other travel document / Другой проездной документ				

Other documents and clarifications / Другие документы и пояснения

5. Dependants returning with applicant / Другие члены семьи, возвращающиеся с заявителем

Last Name / Фамилия	First Name / Имя	Relationship / Родство	Sex / Пол	Date of Birth / Дата рождения	Nationality / Национальность	Passport No / Номер Паспорта

6. Language skills / Языковые навыки

Mother Tongue / родной язык			
Language / Языки	Proficiency / Владение языком	Proficiency / Владение языком	Proficiency / Владение языком
Icelandic / Исландский язык	<input type="checkbox"/> Fluent / Свободное	<input type="checkbox"/> Regular / Среднее	<input type="checkbox"/> Poor / Начальное
English / Английский язык	<input type="checkbox"/> Fluent / Свободное	<input type="checkbox"/> Regular / Среднее	<input type="checkbox"/> Poor / Начальное
Other language / Другие языки	<input type="checkbox"/> Fluent / Свободное	<input type="checkbox"/> Regular / Среднее	<input type="checkbox"/> Poor / Начальное
	<input type="checkbox"/> Fluent / Свободное	<input type="checkbox"/> Regular / Среднее	<input type="checkbox"/> Poor / Начальное

Applicant's (or legal representative's) signature / Подпись заявителя (или законного представителя)

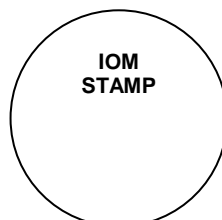
Date and place / Дата, место подписания

Interpreter's signature [if applicable] / Подпись переводчика [если необходимо]

Date and place / Дата, место подписания

Signature of the Representative of IOM or of the Delegate partner / Подпись Представителя MOM или Уполномоченного Партнера

Date and place / Дата, место подписания



7. Counsellor or Case Officer

Comments or concerns to be considered prior to the return arrangements

(Signature of Counsellor)

(Name of Counsellor)

(Telephone number)

(Fax Number) (E-mail)

Place and Date

Icelandic Directorate of
Immigration

Reception center

Municipality

Police

Other:

STAMP

8. Attachments to this application

- Photocopy of the travel documents
- Other documents of relevance for travel arrangements (copies of personal IDs, medical statements, other)

9. For use of IOM Finland Only

Received on (date):

AVRR Case Number:

Related Persons:

Applicant considered eligible for voluntary return: Yes No

Estimated Date of Departure:

Special Considerations for Return:

Please forward the completed form to IOM Finland:

Mailing address: P.O. Box 851, FI-00101 Helsinki, Finland
Visiting address: Unioninkatu 13, 6th floor, FI-00130 Helsinki, Finland
Email: jsavr@iom.int
Enquiries Tel: +358 9 684 11540