



International Organization for Migration (IOM)

The UN Migration Agency

Assisted Voluntary Return and Reintegration

Återvändandeprogrammet Människohandel – Prostitution (ÅMP – SWE)

Application | Ansökan

1. Personal information | Personuppgifter

Family name Efternamn	First name Förnamn
Date of birth Födelsedatum	Place of birth Födelseort
Citizenship Medborgarskap	Minority group, if any Möjlig minoritetsgrupp
Marital status Civilstånd	Sex Kön
Return country Hemland	Return city Hemstad
Contact details in Sweden for the responsible authority or organization Den ansvarige myndighetens eller organisationens kontaktuppgifter i Sverige	
The applicant's contact details in Sweden (current city of residence and tel.no.) Den ansökandes kontaktuppgifter (nuvarande bostadsort och tel.nr.)	

2. Current legal status in Sweden | Nuvarande rättslig ställning i Sverige

<input type="checkbox"/> Reflection period Reflektionsperiod
<input type="checkbox"/> Temporary residence permit TUT för bevisperson
<input type="checkbox"/> Asylum seeker Asylsökande
<input type="checkbox"/> Other residence permit Annat uppehållstillstånd
<input type="checkbox"/> Other Annat, vad:

3. Travel document and visa(s) | Resedokument och visum
Attach a copy | Bifoga en kopia

Please note that IOM Finland contacts the embassy to apply for a temporary travel document, if needed. IOM Finland can cover the costs of the document. | Vid behov kontaktar IOM Finland ambassaden för att ansöka om ett tillfälligt pass. IOM Finland kan stå för dokumentets kostnader.

<input type="checkbox"/> Passport Pass
<input type="checkbox"/> Identity card (EU) Identitetskort (EU)
<input type="checkbox"/> Temporary travel document Tillfälligt pass eller annat resedokument
<input type="checkbox"/> Visa(s) Visum, vart:

4. Family members returning with the applicant | Medföljande familjemedlemmar

Name Namn	Relationship Släktskap	Sex Kön	Date and place of birth Födelsedatum och -ort	Citizenship Medborgarskap	Travel document Resedokument

5. Family members in the return country | Familjemedlemmar i hemlandet

Name Namn	Relationship Släktskap	Address Adress	Tel. no. Tel. nr.

6. Language skills | Språkkunskaper

<input type="checkbox"/> Mother tongue Modersmål:
<input type="checkbox"/> English Engelska, kunskaper:
<input type="checkbox"/> Swedish Svenska, kunskaper:
<input type="checkbox"/> Other language(s) Annat språk, kunskaper:
<input type="checkbox"/> I need assistance in reading or writing Jag behöver hjälp med att läsa eller skriva

7. Travel information | Reseinformation

I need assistance at the airport in Sweden Jag behöver assistans på flygplatsen i Sverige	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
I need an escort during the travel Jag behöver en ledsagare som följer med på resan	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
I have medical needs that could affect my travel Jag har medicinska eller hälsobesvär som kan påverka min resa <u>Om ja, specificera:</u>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Family members returning with me need special assistance during the travel Mina medföljande familjemedlemmar behöver särskilt stöd under resan <u>Om ja, specificera:</u>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
I will ask someone to meet me at the airport in my country of return Jag kommer att be någon möta mig på flygplatsen i hemlandet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
I need onward transportation to my return city Jag behöver vidaretransport till min hemstad eller bostadsort	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Other concerns or wishes regarding the travel Andra önskemål eller funderingar gällande resan:	

8. Reintegration support | Återintegration och stödsatsatser

Please note that the reintegration support is subject to availability of an IOM office and services in your return country and will be confirmed after IOM has received your application. | Vänligen märk att återintegrationsstödet är beroende av tillgängligheten av ett IOM-kontor samt tillgängliga tjänster i hemlandet. Stödet kan bekräftas efter att IOM mottagit din ansökan.

I need following support after the return Jag behöver följande stödåtgärder efter hemkomsten:	
Assistance from the national victim assistance system or NGOs Stöd av ett nationellt stödprogram eller av frivilligorganisationer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Finding and/or paying accommodation Att finna och/eller betala boendekostnader	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Medical and/or psychological support Medicinsk vård och/eller psykologiskt stöd	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Legal advice or assistance Juridisk rådgivning eller rättsligt stöd	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Assistance in continuing schooling or education Stöd i fortsatta studier	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Finding a job or setting up a small business Finna arbete eller starta en mindre affärsverksamhet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Additional information related to the above needs Ytterligare uppgifter relaterat till behoven ovan:	
Accompanying children's needs after the return De medföljande barnens behov efter återvändandet:	

My education Min utbildning:
My professional experience and skills Min arbetslivserfarenhet och andra färdigheter:

9. Voluntary return declaration and consent | Intyg om och samtycke till att frivilligt återvända

Please note that each individual who is eligible and is being considered for IOM voluntary return and reintegration assistance must be able to understand the content of this form before signing. Please allow the individual to read the form (and ensure it is translated in a language understood by the applicant) and explain its meaning as well as its content before asking him/her to sign it. | Vänligen märk att varje individ som är berättigad till och ansöker om stöd under IOM:s återvändandeprogram bör förstå innebörden av detta formulär innan hen undertecknar det. Vänligen låt individen läsa formuläret (och försäkra att det översätts till ett språk den ansökande förstår) samt förklara dess betydelse och innehåll innan den ansökande ombes underteckna formuläret.

I hereby express my informed decision to return to my home country or a third country (where I am entitled to permanent residence), which is specified in this application form, through the assistance of the International Organization for Migration (hereinafter IOM).

I confirm that I have been informed about the assistance that I will receive and the conditions of the voluntary return and reintegration process.

I understand that the assistance provided under this programme does not include the possibility to remain in any transit country. I understand that I may be interviewed and/or questioned by national authorities upon arrival. I further understand that IOM will not be in a position to interfere with rules and procedures established by airport or immigration authorities in transit or upon arrival.

I acknowledge, for myself and for any person for whom I have the right to do so as well as for relevant heirs and estate, that IOM will not be held liable for any damage caused, directly or indirectly, to me or any such person in connection with IOM assistance that derives from circumstances outside the control of IOM.

I hereby authorize IOM and any authorized person or entity acting on behalf of IOM to collect, use, disclose and dispose of my personal data and, where applicable, the personal data of my dependants, who are specified in this application form, for the following purposes:

PURPOSES	DESCRIPTION	CONSENT	
		YES	NO
Assisted voluntary return and reintegration	Including acquisition of travel document(s) (if necessary), purchasing tickets, and provision of reintegration support	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Additional assistance	Using data to provide additional assistance under other IOM projects	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Research	Using data for research purpose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

I agree that my personal data may be disclosed to the following third parties: the Swedish social services, other Swedish authorities or organizations responsible for the return, airlines, the country of origin embassy (only if required for the purposed above), and the partner organization in the country of return to achieve the purpose(s) specified above. I understand that I may access and rectify my personal data on request by contacting IOM.

I declare that I have shared with IOM or its partners all information on any medical condition that may affect my and other persons' well-being during the voluntary return and reintegration process. I also declare that, should the before described information change in the period prior to my departure, I will promptly inform IOM or its partners.

I declare that the information I have provided is true and correct to the best of my knowledge. I understand that if I make a false statement in signing this form, IOM may not be able to provide the assistance.

The declaration is provided in English and Swedish languages. In case of discrepancy between the English and the Swedish versions, the English version shall prevail.

Applicant's signature | Ansökandes underskrift

Date and place | Datum och plats

Legal representative's signature [if applicable] | Företrädarens eller det rättsliga biträdes underskrift [om tillgänglig]

Date and place | Datum och plats

Interpreter's signature [if applicable] | Tolkens underskrift [om tillgänglig]

Date and place | Datum och plats

Signature of the counsellor at the responsible authority or organization | Underskrift av kontaktpersonen på den ansvarige myndigheten eller organisationen

Date and place | Datum och plats

Jag försäkrar härmed att jag fattat ett välgrundat beslut om att återvända frivilligt till mitt hemland eller ett tredje land (där jag har rätt till permanent uppehållstillstånd) som specificerats i denna ansökan med stöd av Internationella migrationsorganisationen (hädanefter IOM).

Jag bekräftar att jag har informerats om stödet jag kommer att erhålla och om stödets villkor.

Jag förstår att stödet under detta återvändandeprogram inte inkluderar möjligheten att stanna i ett land där jag eventuellt mellanlandar. Jag förstår att jag kan intervjuas eller förhöras av myndigheterna då jag anländer till mitt hemland. Ytterligare förstår jag att IOM inte kan ingripa i flygfältens eller migrationsmyndigheternas regler och processer.

Jag intygar för min egen del, för de personer jag har rätt att göra så, för mina arvtagare och min egendom att IOM inte kan hållas ansvarig för några direkta eller indirekta skador som jag eller någon annan person relaterad till IOM:s stöd har utsatts för och som beror på omständigheter utom IOM:s kontroll.

Härmed befullmäktigar jag IOM och personer eller organ som representerar IOM att insamla, använda, delge och förvalta mina personuppgifter, och de anhörigas personuppgifter som specificerats i denna ansökan, för följande syften:

SYFTEN	BESKRIVNING	SAMTYCKE	
		JA	NEJ
Frivilligt återvändande och återintegration	Inklusive att skaffa resedokument (vid behov), ordna flygbiljetter, och bistå med återintegrationsstöd	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ytterligare stöd	Informationen används för att ge ytterligare stöd under andra IOM projekt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Forskning	Informationen används för forskningssyften	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Jag samtycker till att mina personuppgifter och informationen kan delges till och användas av de svenska sociala myndigheterna, andra svenska myndigheter eller organisationer som ansvarar för återvändandet, flygbolagen, hemlandets ambassad (enbart om det är nödvändigt för ovan nämnda syften) och till den samverkande organisationen i hemlandet för ovan nämnda syften. Jag förstår att jag kan be om tillgång till och rätta mina uppgifter genom att kontakta IOM.

Jag intygar att jag har delgett IOM eller de samverkande organisationerna all information om mitt hälsotillstånd som kan inverka på mitt och andra personers välbefinnande under återvändande- och återintegrationsprocessen. Om informationen eller mitt hälsotillstånd förändras innan min hemresa kommer jag omedelbart att informera IOM eller de samverkande organisationerna.

Jag intygar att all information ovan är sanningsenlig. Jag förstår att om jag uppger oriktiga uppgifter genom att underteckna detta formulär kan det leda till att IOM:s stödinsatser upphör.

Detta intyg finns tillgängligt på engelska och svenska. Vid skillnader eller motsägelser mellan den engelska och svenska versionen är den engelska versionen giltig.

10. Attachments to the application | Bilagor till ansökan

For all applicants and accompanying family member(s) | För alla ansökanden och medföljande familjemedlemmar:

- Photocopy of the travel documents | Kopior av resedokumenten
- Completed risk assessment form | Ifylld riskbedömningstabell

For unaccompanied migrants children also attach | För ensamkommande barn bifoga även:

- A written confirmation from the child's legal guardian in Sweden stating whether the return is in the best interest of the child | Skriftligt intyg av barnets vårdnadshavare i Sverige som tar ställning till om ett återvändande ligger i barnets bästa
- A written confirmation from the responsible child protection authority in Sweden stating that the Best Interest Determination (BID) has been conducted, and that the return is in the best interest of the child / Skriftligt intyg från den ansvarige socialtjänsten i Sverige som genomfört en social utredning enligt 11 kap 1 § SoL och där bedömningen är att ett återvändande ligger i barnets bästa

11. For use of IOM Finland only | Enbart för IOM Finland

The application was received on the _____

The applicant's project eligibility has been confirmed with the regional anti- trafficking coordinator _____ in writing on the _____

Attach a copy of the e-mail to this application

Return to the IOM office in Helsinki | Skicka till IOM:s kontor i Helsingfors

E-mail: AVRRTIPPSweden@iom.int

Fax: + 358-9-684-11 511

Address: IOM Finland • Unioninkatu 13 • P.O. Box 851 • FIN-00101 Helsinki • Finland

Tel: +358.9.684 11 50

Internet: www.iom.fi