



International Organization for Migration (IOM)
The UN Migration Agency



Equity and security
ASYLUM, MIGRATION
AND INTEGRATION FUND

LE PROGRAMME HONGROIS AU RETOUR VOLONTAIRE, LA RÉINTÉGRATION ET D'INFORMATION FORMULAIRE DE CANDIDATURE (MMIA-3.2.1/5-2018-00001; RT.1454)

La mise en œuvre de ce projet est assurée par le Fond d'Asile, la Migration et l'Intégration de l'Union Européenne.

Nom				
Prénom				
Date de naissance				Sexe (Femme/Homme)
Lieu de naissance				Nationalité
Adresse en Hongrie				Téléphone
Statut d'immigration en Hongrie	Migrant irrégulier	<input type="checkbox"/>		
	Demande d'asile en attente	<input type="checkbox"/>		
	Demande d'asile retirée	<input type="checkbox"/>		
	Demande d'asile rejetée	<input type="checkbox"/>		
	Autre	<input type="checkbox"/>		
précisez:				
Documents Disponible	Passeport	<input type="checkbox"/>		
	Carte D'identité	<input type="checkbox"/>		
	Certificat de Naissance	<input type="checkbox"/>		
	Permis de Conduire	<input type="checkbox"/>		
	No Documents Disponible	<input type="checkbox"/>		
Indiquez les membres de votre famille avec lesquels vous voyagerez				
Prénom	Nom	Date de naissance	Sexe (Femme/Homme)	Lien familial
Besoin particuliers (médicaments, accompagnement, fauteuil roulant...)?				
L'aide de l'OIM est nécessaire pour ...				
- le transit/ changement à l'aéroport?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
		Oui <input type="checkbox"/> Lieu:	Non <input type="checkbox"/>	



International Organization for Migration (IOM)
The UN Migration Agency



Equity and security
Funded by the European Union
ASYLUM, MIGRATION AND INTEGRATION FUND

- à l'aéroport d'arrivée? -le trajet de l'aéroport à chez vous?			
Adresse dans le pays d'origine (indiquez l'adresse complète)			
E-mail		Téléphone	
Comment avez-vous entendu parler du Programme au Retour et à la Reintégration de l'OIM? (vous pouvez choisir plusieurs options)			
<input type="checkbox"/> OIM site internet	<input type="checkbox"/> OIM matériel d'information (brochures)	<input type="checkbox"/> OIM ligne téléphonique pluri-lingue	<input type="checkbox"/> Représentant de l'OIM lors d'une visite
<input type="checkbox"/> Personnel du Centre de Réception	<input type="checkbox"/> Personnel du Centre de Détention (Police)	<input type="checkbox"/> Autorités locales	<input type="checkbox"/> Autre migrant
		<input type="checkbox"/> Amis,	<input type="checkbox"/> Famille
		<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Autre - précisez:.....

Numéro gratuit (Hongrie) de l'OIM Budapest: **06.80.205.018**
Appel international: **0036.80.205.018**
Site web: **www.volret.hu**



International Organization for Migration (IOM)
The UN Migration Agency



Déclaration de Retour Volontaire

LE PROGRAMME HONGROIS AU RETOUR VOLONTAIRE, LA RÉINTÉGRATION ET D'INFORMATION (MMIA-3.2.1/5-2018-00001; RT.1454)

A L'ATTENTION DU PERSONNEL ET DES PARTENAIRES DE L'OIM :

Toute personne remplissant les conditions requises pour bénéficier de l'aide au retour volontaire et à la réintégration de l'OIM doit, avant d'apposer sa signature, être en mesure de comprendre le contenu du présent formulaire. Veillez à ce que chaque bénéficiaire lise le formulaire (qui, le cas échéant, devra être traduit dans une langue qu'il comprend), et à lui en expliquer le sens et le contenu avant de l'inviter à le signer.

Par la présente, je soussigné(e) _____, déclare vouloir rentrer dans mon pays d'origine ou dans un pays tiers (où je bénéficie du droit de résidence permanente), à savoir _____, avec l'aide de l'Organisation internationale pour les migrations (ci-après l'OIM).

Je confirme avoir été informé(e) de l'aide que je recevrai et des conditions du processus de retour volontaire et de réintégration.

J'ai bien compris que l'aide fournie au titre de ce programme exclut la possibilité de demeurer dans un pays de transit, quel qu'il soit, et qu'à l'arrivée, les autorités nationales peuvent s'entretenir avec moi et/ou m'interroger. J'ai bien compris, par ailleurs, que l'OIM ne pourra pas s'immiscer dans les règles et procédures fixées par les autorités aéroportuaires ou d'immigration lors du transit ou à l'arrivée.

Je reconnais, en mon nom et au nom de toute personne pour laquelle j'en ai le droit, de mes héritiers et de ma succession, que l'OIM ne sera pas tenue pour responsable des éventuels dommages causés directement ou indirectement à moi-même ou à l'une quelconque des personnes précitées dans le cadre de l'aide fournie par l'OIM lorsque ces dommages découlent de circonstances échappant au contrôle de l'OIM.

J'autorise par la présente l'OIM et toute autre personne ou entité habilitée agissant au nom de l'OIM à recueillir, utiliser, divulguer et détruire mes données à caractère personnel et, le cas échéant, celles des personnes à ma charge pour les finalités suivantes:



International Organization for Migration (IOM)
The UN Migration Agency



Equity and security
ASYLUM, MIGRATION
AND INTEGRATION FUND

FINALITES Déterminées et définies avant la collecte de données	DESCRIPTION A remplir par le responsable du traitement des données ou l'enquêteur	CONSENTEMENT	
		OUI	NON
(a) Aide au retour volontaire et à la réintégration			
(b) Aide additionnelle			
(c) Recherche			
(d) Autre			

J'accepte que mes données à caractère personnel soient divulguées, pour la ou les finalités précitées, aux tiers suivants: Donateurs et / ou pertinent ONG. J'ai bien compris que je peux accéder à mes données à caractère personnel et les rectifier sur demande en contactant l'OIM.

Je déclare avoir communiqué à l'OIM ou à ses partenaires tous les renseignements concernant mon état de santé qui pourraient influencer sur mon bien-être ou sur celui d'autres personnes pendant le processus de retour volontaire et de réintégration. Je déclare en outre que j'informerai sans délai l'OIM ou ses partenaires de tout élément modifiant les renseignements visés ci-dessus durant la période précédant mon départ.

Je déclare que les renseignements communiqués sont, à ma connaissance, véridiques et exacts. J'ai bien compris que si je fais une fausse déclaration en signant le présent formulaire, l'OIM pourrait être dans l'incapacité de fournir une aide.

Signature du demandeur (ou de son représentant légal)

Date et lieu

Signature de l'interprète [le cas échéant]

Date et lieu

Signature du représentant de l'OIM ou du partenaire délégué

Date et lieu