



International Organization for Migration (IOM)
The UN Migration Agency



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

FREIWILLIGE RÜCKKEHRS-, REINTEGRATIONS- UND INFORMATIONSPROGRAMM UNGARNS ANTRAGSFORMULAR (MMIA-3.2.1/5-2018-00001; RT.1454)

Dieses Projekt wird aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) der Europäischen Union gefördert und kofinanziert.

Familienname/n				
Vorname/n				
Geburtsdatum		Geschlecht (Männlich/Weiblich)		
Geburtsort		Staatsangehörigkeit		
Adresse in Ungarn		Telefon		
Einwanderungsstatus in Ungarn	Irregulärer Migrant	<input type="checkbox"/>		
	Asylantrag anhängig	<input type="checkbox"/>		
	Asylantrag zurückgezogen	<input type="checkbox"/>		
	Asylantrag abgelehnt	<input type="checkbox"/>		
	Nicht in dieser Liste kategorisiert	<input type="checkbox"/>	Angeben:	
Dokumente verfügbar	Reisepass	<input type="checkbox"/>		
	Ausweis	<input type="checkbox"/>		
	Geburtsurkunde	<input type="checkbox"/>		
	Fahrerlaubnis	<input type="checkbox"/>		
	Keine Dokumente verfügbar	<input type="checkbox"/>		
Bitte listen Sie die mitreisenden Familienmitglieder auf				
Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht (Männlich/Weiblich)	Beziehung zum Antragsteller
Haben Sie spezielle Reisebedürfnisse (Medikamente, Begleitung, Rollstuhl usw.)?				



Ist IOM Unterstützung erforderlich? ...			
- ... durch einen Flughafen zu fahren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
- ... am Flughafen nach der Rückkehr?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
- ... vom Flughafen nach Hause fahren?	Ja <input type="checkbox"/>	Name der Siedlung: Nein <input type="checkbox"/>	
Adresse im Herkunftsland (bitte vollständige Anschrift angeben)			
E-mail		Telefon	
Wie haben Sie von dem Erklärung über das freiwillige Rückkehrprogramm von IOM erfahren? (Bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> IOM websites	<input type="checkbox"/> Staatlichen Behörden		
<input type="checkbox"/> IOM Infomaterial (Broschüren, Poster)	<input type="checkbox"/> Andere Migranten		
<input type="checkbox"/> IOM mehrsprachiges Telefonline	<input type="checkbox"/> Freunde, Mitglieder der Gemeinschaft		
<input type="checkbox"/> IOM-Vertreter während eines persönlichen Besuchs	<input type="checkbox"/> Familie		
<input type="checkbox"/> Personal des Empfangszentrums	<input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht		
<input type="checkbox"/> Mitarbeiter des Internierungslagers (Polizei oder Wächter)			
<input type="checkbox"/> Sozialarbeiter, NRO-Mitarbeiter			
<input type="checkbox"/> Andere - bitte angeben:.....			

Gratisnummer (aus Ungarn) von IOM Budapest: **06.80.205.018**
Internationaler Anruf: **0036.80.205.018**
Webseite: **www.volret.hu**



ERKLÄRUNG ÜBER FREIWILLIGE RÜCKKEHR

FREIWILLIGE RÜCKKEHRS-, REINTEGRATIONS- UND INFORMATIONSPROGRAMM UNGARNS (MMIA-3.2.1/5-2018-00001; RT.1454)

ANMERKUNG FÜR IOM-MITARBEITER/INNEN bzw. PARTNER/INNEN:

Jede Person, die bei der freiwilligen Rückkehr und Reintegration von IOM unterstützt wird, muss vor der Unterzeichnung den Inhalt dieser Erklärung verstanden haben. Bitte ermöglichen Sie dem/der Unterzeichner/in daher, die Erklärung zu lesen (und übersetzen Sie diese in eine Sprache, die der/die Unterzeichner/in versteht) und erklären Sie ihm/ihr den Inhalt und die Bedeutung der Erklärung vor der Unterzeichnung.

Ich, der/die Unterzeichnende, _____, erkläre hiermit, dass ich mit Unterstützung der Internationalen Organisation für Migration (nachfolgend IOM) in mein Herkunftsland oder den Drittstaat (in dem ich zu dauerhaftem Aufenthalt berechtigt bin) _____ zurückkehren will.

Ich bestätige, dass ich über die Unterstützung, die ich erhalten werde, und die Bedingungen der freiwilligen Rückkehr und Reintegration informiert wurde.

Ich verstehe, dass die im Rahmen dieses Programms geleistete Unterstützung nicht die Möglichkeit beinhaltet, in einem Transitland zu bleiben. Ich verstehe, dass ich bei der Ankunft von nationalen Behörden interviewt bzw. befragt werden kann. Des Weiteren verstehe ich, dass IOM nicht in der Lage ist, in die von Flughafen- oder Einwanderungsbehörden festgelegten Vorschriften und Verfahren im Transit oder bei der Ankunft einzugreifen.

Für mich selbst und für jede Person, für die ich dazu das Recht habe, sowie für alle relevanten Erb/innen und Nachlass, erkenne ich an, dass IOM nicht für Schäden haftbar gemacht wird, die mir oder einer dieser Personen in Zusammenhang mit der Unterstützung von IOM und durch von IOM nicht zu beeinflussende Umstände direkt oder indirekt entstanden sind.

Hiermit bevollmächtige ich IOM und jede im Auftrag von IOM befugte Person oder Einrichtung, meine persönlichen Daten und gegebenenfalls auch die meiner Angehörigen für folgende Zwecke zu erheben, zu verwenden, weiterzugeben und zu vernichten:

ZWECK (vor Erhebung der Daten zu definieren und zu bestimmen)	BESCHREIBUNG (von Datenverantwortlichem/r bzw. Interviewer/in auszufüllen)	ZUSTIMMUNG	
		JA	NEIN
(a) Unterstützte Freiwillige Rückkehr und Reintegration			
(b) Zusätzliche Unterstützung			



International Organization for Migration (IOM)
The UN Migration Agency



(c) Forschung			
(d) Andere			

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten an folgende Dritte zur Erreichung des oben genannten Zwecks bzw. der oben genannten Zwecke weitergegeben werden dürfen: Fördergeber und NGOs. Ich verstehe, dass ich auf Anfrage bei IOM das Recht auf Zugang und Berichtigung meiner persönlichen Daten habe.

Ich erkläre, dass ich IOM oder ihre Partner/innen über jegliche gesundheitlichen Umstände informiert habe, die mein oder das Wohlbefinden anderer Personen während der freiwilligen Rückkehr und Reintegration beeinträchtigen könnten. Sollte sich im Zeitraum vor meiner Abreise eine Änderung der zuvor beschriebenen Informationen ergeben versichere ich, dass ich IOM unverzüglich darüber in Kenntnis setze.

Ich bestätige nach bestem Wissen und Gewissen, dass die von mir angegebenen Informationen wahrheitsgemäß und richtig sind. Ich verstehe, dass IOM möglicherweise keine Unterstützung anbieten kann, wenn ich durch die Unterzeichnung dieser Erklärung falsche Angaben gemacht habe.

Unterschrift Antragsteller/in (oder gesetzliche/r Vertreter/in)

Datum und Ort

Unterschrift Dolmetscher/in [falls zutreffend]:

Datum und Ort

Unterschrift Vertreter/in von IOM oder beauftragtem Partner

Datum und Ort