



International Organization for Migration (IOM)
The UN Migration Agency



Equity and security

Funded by the European Union

ASYLUM, MIGRATION AND INTEGRATION FUND

PROGRAMA DE RETORNO VOLUNTARIO, REINTEGRACIÓN E INFORMACIÓN DE HUNGRÍA FORMULARIO DE SOLICITUD (MMIA-3.2.1/5-2018-00001; RT.1454)

Este proyecto se implementa con el apoyo financiero del Fondo de Asilo, Migración e Integración - AMIF de la Unión Europea.

Apellido(s)				
Nombre(s)				
Fecha de Nacimiento		Sexo (hombre/mujer)		
Lugar de Nacimiento		Ciudadanía		
Dirección en Hungría		Teléfono		
Estado de inmigración en Hungría	Migrante irregular <input type="checkbox"/> Solicitud de asilo pendiente <input type="checkbox"/> Solicitud de asilo retirada <input type="checkbox"/> Solicitud de asilo rechazada <input type="checkbox"/> No categorizado en esta lista <input type="checkbox"/> Especifique:			
Documentos disponibles	Pasaporte <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento <input type="checkbox"/> Licencia de conducir <input type="checkbox"/> No hay documentos disponibles <input type="checkbox"/>			
Por favor liste los miembros de la familia que viajan con Usted				
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (hombre / mujer)	Relación con el solicitante
¿Tiene alguna necesidad especial para viajar (medicación, acompañamiento, silla de ruedas, etc.)?				



International Organization for Migration (IOM)
The UN Migration Agency



¿Se requiere la asistencia de la OIM... - ... para transitar por un aeropuerto? - ... en el aeropuerto a su regreso? - ... para viajar a casa desde el aeropuerto?		Si <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre de ciudad: No <input type="checkbox"/>
Dirección en el país de origen (por favor indique la dirección completa)			
Email		Teléfono	
¿Cómo se enteró del Programa de Retorno Voluntario, Reintegración e Información de la OIM? (Por favor marque todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/> Sitios web de la OIM <input type="checkbox"/> Materiales de información de la OIM (folletos, carteles) <input type="checkbox"/> Línea telefónica multilingüe de la OIM <input type="checkbox"/> Representante de la OIM durante una visita personal <input type="checkbox"/> Personal del Centro de Recepción <input type="checkbox"/> Personal del centro de detención (Policía o guardias) <input type="checkbox"/> Trabajadores sociales, trabajadores de ONG		<input type="checkbox"/> Autoridades estatales <input type="checkbox"/> Otros migrantes <input type="checkbox"/> Amigos, miembros de la comunidad <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Otros, especifique:	

Número gratuito (de Hungría) de la OIM de Budapest: **06.80.205.018**
 Llamada internacional: **0036.80.205.018**
 Sitio web: **www.volret.hu**



International Organization for Migration (IOM)
The UN Migration Agency



FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE RETORNO VOLUNTARIO

PROGRAMA DE RETORNO VOLUNTARIO, REINTEGRACIÓN E INFORMACIÓN DE HUNGRÍA (MMIA-3.2.1/5-2018-00001; RT.1454)

NOTA PARA LOS MIEMBROS DEL PERSONAL Y ASOCIADOS DE LA OIM:

Las personas que reúnan los requisitos y cuyo caso se examine con vistas a prestarles la asistencia de la OIM de retorno voluntario [y reintegración] deberán haber comprendido el contenido de dicho formulario antes de firmarlo. Así, por favor asegúrese que la persona interesada ha leído el formulario (y que este haya sido traducido a un idioma que comprenda); además de que se le ha explicado el significado y el contenido antes de pedirle que lo firme.

Por el presente yo, el suscrito, _____, expreso mi voluntad de regresar a mi país de origen o a un tercer país (donde tengo derecho a la residencia permanente), a saber, _____, mediante la asistencia de la Organización Internacional para las Migraciones (en adelante “la OIM”).

Confirmando que se me ha informado sobre la asistencia que recibiré y las condiciones del proceso de retorno voluntario y reintegración.

Entiendo que la asistencia prestada en el marco de este programa no comprende la posibilidad de permanecer en un país de tránsito, y que las autoridades nacionales pueden entrevistarme y/o interrogarme a mi llegada. Entiendo además que la OIM no estará en condiciones de intervenir en lo que atañe a las normas y procedimientos establecidos por las autoridades aeroportuarias o de inmigración durante el tránsito o a la llegada.

Confirmando, en mi nombre y en el de todo aquel para quien tengo potestad de hacerlo, incluidos mis herederos y sucesiones pertinentes, que la OIM no podrá ser considerada responsable de ningún daño y perjuicio causado, directa o indirectamente, a mí persona o a cualquiera de los antes mencionados, en relación con la asistencia facilitada, siempre que ello se deba a circunstancias que escapen al control de la OIM.

Habida cuenta de ello, autorizo por el presente a la OIM y a cualquier persona o entidad autorizada que actúe en nombre de la OIM, a que recopile, utilice, comunique y disponga de mis datos personales y, cuando proceda, los datos personales de mis familiares para los siguientes propósitos:

PROPÓSITOS Especificados y definidos antes de la recopilación de datos	DESCRIPCIÓN	CONSENTIMIENTO	
		SÍ	NO
	Esta parte debe ser llenada por los controladores de datos o entrevistadores		
(a) Retorno voluntario asistido y reintegración			



International Organization for Migration (IOM)
The UN Migration Agency



(b) Asistencia adicional			
(c) Investigación académica			
(d) Otros			

Doy mi consentimiento para que mis datos personales sean comunicados a los terceros que figuran a continuación: los donantes, instituciones o entidades gubernamentales pertinentes, y ONG para lograr los propósitos especificados anteriormente. Entiendo que puedo consultar y corregir mis datos personales previa petición, poniéndome en contacto con la OIM.

Declaro que he facilitado a la OIM o a sus asociados toda la información sobre las afecciones médicas que pudieran afectar mi bienestar y el de otras personas durante el proceso de retorno voluntario y reintegración. Confirmando asimismo que, en caso de que la información aquí enunciada cambie en el periodo previo a mi partida, informaré inmediatamente a la OIM o a sus asociados.

Declaro asimismo que, a mi leal saber y entender, la información que he proporcionado es correcta y veraz. Entiendo que si hago una declaración falsa al firmar este formulario, la OIM no podrá prestarme asistencia.

Firma del interesado (o representante legal)

Fecha y lugar

Firma del intérprete [si corresponde]:

Fecha y lugar

Firma del Representante de la OIM o Asociado delegado

Fecha y lugar