



IOM International Organization for Migration
OIM Organisation Internationale pour les Migrations
OIM Organización Internacional para las Migraciones

D Relatives in home country / SLÄKTINGAR I HEMLANDET

Name / NAMN	Relationship / SLÄKTSKAP	Contact Address / ADRESS	Telephone No. / TELEFONNUMMER

E Travel Information and Language skills / RESEINFORMATION OCH SPRÅKKUNSKAPER

When will you be able to travel? NÄR HAR DU MÖJLIGHET ATT RESA?		
What is your final destination city in the return country? VILKEN STAD I DITT HEMLAND ÄR DIN SLUTLIGA DESTINATION?		
Do you have any special or medical needs that could affect your travel? HAR DU SPECIAL- ELLER MEDICINSKA BEHOV SOM KAN PÅVERKA DIN RESA? (If yes, fill in separate form / OM JA, FYLL I SEPARAT BLANKETT)	<input type="checkbox"/> Yes / JA	<input type="checkbox"/> No / NEJ

F Language skills / SPRÅKKUNSKAPER

	Command / KUNSKAPER		
	Excel. / UTMÄRKTA	Good / GODA	Poor / SVAGA
Mother tongue / _____ MODERSMÅL			
Other language / _____ ANNAT SPRÅK			
Other language / _____ ANNAT SPRÅK			
Other language / _____ ANNAT SPRÅK			

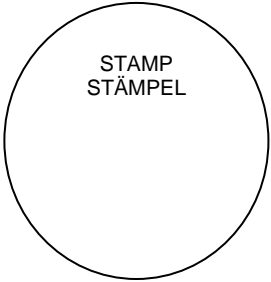
G Other notes / ANMÄRKNINGAR



IOM International Organization for Migration
OIM Organisation Internationale pour les Migrations
OIM Organización Internacional para las Migraciones

H Certification by Applicant /
DEN ANSÖKANDES INTYGAN

I Sponsor or Interviewer/
SPONSOR ELLER INTERVJUARE

<ul style="list-style-type: none">I agree that should I misuse this programme and return back to Sweden, I will reimburse all the costs incurred. JAG FÖRSÄKRAR ATT JAG KOMMER ATT ÅTERBETALA ALLA ÅSAMKADE KOSTNADER OM JAG MISSBRUKAR DETTA PROGRAM OCH ÅTERVÄNDER TILL SVERIGE.I also agree that I wish to return to _____ (name of country) on my own free will. JAG FÖRSÄKRAR ÄVEN ATT JAG FRIVILLIGT ÖNSKAR ÅTERVÄNDA TILL _____ (LANDETS NAMN).I agree that IOM will not be held responsible for me after I return to my home country. JAG ÄR MEDVETEN OM ATT IOM INTE BÄR ANSVAR FÖR MIG EFTER ATT JAG HAR ÅTERVÄNT TILL MITT HEMLAND.I certify that the above information is true to the best of my knowledge, and that I understand that the inclusion of any incorrect information may lead to rejection of this application. HÄRMED INTYGAR JAG ATT ALL OVANNÄMND GIVEN INFORMATION ÄR SANNINGSENLIG, OCH ATT JAG ÄR MEDVETEN OM ATT FALSK INFORMATION KAN LEDA TILL ATT MIN ANSÖKAN AVSLÅS. <p>_____ (Principle Applicant signature / ANSÖKANDES UNDERSKRIFT)</p> <p>_____ (Spouse's signature / MAKANS / MAKENS UNDERSKRIFT)</p> <p>_____ (Place and date / PLATS OCH DATUM)</p>	<p>Reception Centre / Municipality / Police (circle one) MIGRATIONSVERKET FYLLER I</p> <p>I confirm to reimburse IOM all costs incurred by this movement. / HÄRMED BEKRÄFTAR JAG, ATT ALLA IOM:S UTGIFTER I SAMBAND MED OVANNÄMNDAS PERSONS HEMRESA ERSÄTTES.</p> <div style="text-align: center;"><p>STAMP STÄMPEL</p></div> <p>IOM is requested to arrange travel up to / IOM OMBEDS ARRANGERA RESETRANSPORT TILL _____</p> <p>_____ (Name of city, cf. point E above/ STADENS NAMN, SE PUNKT E FÖREGÅENDE SIDA)</p> <p>_____ (Signature of Interviewer / INTERVJUARENS UNDERSKRIFT)</p> <p>_____ (Name of Interviewer / INTERVJUARENS NAMN)</p> <p>_____ (Telephone number / TELEFONNUMMER)</p> <p>_____ (Fax Number / FAXNUMMER) (E-mail/ E-POST)</p> <p>_____ (Place and date / PLATS OCH DATUM)</p>
---	--

J Attachments to this application / BILAGOR TILL ANSÖKAN:

1. Photo of the applicants (attached to the application form) / DE(N) ANSÖKANDES FOTO(N) (BIFOGAS TILL ANSÖKAN)
2. Photocopy of travel documents / KOPIOR AV RESEDOKUMENT / VISUM
3. Original ticket for the return journey (if available) / RETURBILJETTEN I ORIGINAL, OM TILLGÄNGLIG

Return to IOM Helsinki / RETURNERAS TILL IOM:S KONTOR HELSINGFORS: Fax: + 358-9-684-11 511

MISSION WITH REGIONAL FUNCTIONS - REGIONAL OFFICE FOR THE BALTIC AND NORDIC STATES:

UNIONINKATU 13, 6TH FLOOR • P.O.Box 851 • FIN-00101 HELSINKI • FINLAND
TEL: +358.9.684 11 50 • FAX: +358.9.684 11 511
E-MAIL: MRFHELSINKI@IOM.INT • INTERNET: WWW.IOM.INT