

For IOM use only

AVR No: \_\_\_\_\_

PF: \_\_\_\_\_

Coordinator: \_\_\_\_\_



IOM International Organization for Migration  
IOM Kansainvälinen siirtolaisuusjärjestö  
IOM Internationella migrationsorganisationen

DAVRiF

English/Finnish

Updated on  
March 2010

## IOM ASSISTED VOLUNTARY RETURN FROM FINLAND APPLICATION FOR VOLUNTARY RETURN

**Finnish Case Number / ULKOMAALAISREKISTERIN ASIAKASNUMERO:** \_\_\_\_\_

### 1. Personal Data / HENKILÖTIEDOT

<b>Last Name / SUKUNIMI:</b>		<b>First Name / ETUNIMI:</b>	
<b>Gender/SUKUPUOLI:</b>	<b>Date of Birth (dd/mm/yy) / SYNTYMÄAIKA (pp/kk/vv):</b>	<b>Place of Birth / SYNTYMÄPAIKKA:</b>	
<b>Marital Status / SIMILISÄÄTY:</b>		<b>Nationality / KANSALAIKUUS:</b>	
<b>Contact details in Finland / YHTEYSTIEDOT SUOMESSA:</b>			
<b>Return Address and Telephone Number in Country of Return / PALUUSOITE JA PUHELINNUMERO:</b>			
<b>Return Country / MÄÄRÄNPÄÄ:</b>		<b>Date of Entry in Finland / SUOMEEN SAAPUMISPÄIVÄ:</b>	

### 2. Legal Status in Finland / LAILLINEN STATUS SUOMESSA

<input type="checkbox"/>	<b>Withdrawing Asylum Process / TURVAPAIKKAHAKEMUKSEN PERUUTTANUT TURVAPAIKANHAKIJA</b>	<b>Date of Withdrawal / HAKEMUS PERUTTU, PÄIVÄMÄÄRÄ:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Rejected Asylum Seeker / KIELTEISEN TURVAPAIKKAPÄÄTÖKSEN SAANUT TURVAPAIKANHAKIJA</b>	<b>Date of Negative Decision/ KIELTEINEN PÄÄTÖS, PÄIVÄMÄÄRÄ:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Refugee Status, Protection / PAKOLAINEN TAI KANSAINVÄLINEN SUOJELU</b>	<b>Grounds for protection / SUOJELUN MYÖNTÄMISPERUSTE</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Other / MUU:</b> _____	

### 3. Documentation & visas / MATKUSTUSASIAKIRJAT & VIISUMIT

<b>Document type / ASIAKIRJATYYPPI</b>	<b>Date &amp; place issued / MYÖNTÄMISPÄIVÄMÄÄRÄ JA -PAIKKA</b>	<b>Number / NUMERO</b>	<b>Valid until/ VOIMASSAOLOAIKA</b>
<b>Passport / PASSI</b>			
<b>Travel Document /MATKUSTUSASIAKIRJA</b>			



Euroopan Paluurahasto  
osallistuu hankkeen  
rahoitukseen



MAAHANMUUTTOVIRASTO  
MIGRATIONSVERKET  
FINNISH IMMIGRATION SERVICE

**4. Dependants returning with applicant / HAKIJAN KANSSA MATKUSTAVAT PERHEENJÄSENET**

Family name / SUKUNIMI	First name / ETUNIMI	Relationship / PERHESUHDE	Sex/ SUKUPUOLI	Date of birth / SYNTYMÄAIKA	Nationality / KANSALAIUUUS	Passport No. / PASSIN NUMERO

**5. Relatives in home country / SUKULAISET KOTIMAASSA**

Name / NIMI	Relationship / PERHESUHDE	Contact Address / OSOITE	Telephone / PUHELINNUMERO

**6. Travel information / MATKUSTUSTIEDOT**

Date when you are ready to travel? / MILLOIN OLET VALMIS MATKUSTAMAAN?

What is your final destination city in the return country?

MIKÄ KAUPUNKI ON MÄÄRÄNPÄÄ KOTIMAASSASI?

Do you need transportation until your final destination?

TARVITSETKO KULJETUKSEN MÄÄRÄNPÄÄHÄN SAAKKA?

 Yes / KYLLÄ  No / EI

Do you need medical assistance during travel? /

TARVITSETKO TERVEYTEEN LIITTYVÄÄ APUA MATKAN AIKANA?

 No / EI Yes / KYLLÄ - If yes explain / JOS KYLLÄ, MIKSI \_\_\_\_\_**7. Language skills / KIELITAITO**

	Command / TASO		
	Fluent / SUJUVA	Regular / KESKITASO	Poor / HEIKKO
Mother tongue / ÄIDINKIELI _____			
Finnish / SUOMI			
English / ENGLANTI			
Other language / MUU KIELI _____			

**IOM Helsinki**Enquiries: Tel: +358.9.684 11 50 • E-mail: [mrhelsinkiavr@iom.int](mailto:mrhelsinkiavr@iom.int)  
[www.vapaaehtoinenpaluu.fi](http://www.vapaaehtoinenpaluu.fi) / [www.assistedvoluntaryreturn.fi](http://www.assistedvoluntaryreturn.fi)



IOM International Organization for Migration  
IOM Kansainvälinen siirtolaisuusjärjestö  
IOM Internationella migrationsorganisationen

## 8. Certification by Applicant / HAKIJAN VAKUUTUS

I, (full name) \_\_\_\_\_ being a citizen of \_\_\_\_\_  
and desiring to return peacefully and voluntarily to my country of origin, hereby declare that after due consideration and entirely of my own free will, I wish to be assisted by IOM to return to \_\_\_\_\_.

I understand that my assisted return will be direct to \_\_\_\_\_ without remaining in any intermediate country.

I understand that the details requested in this application form are required by IOM in order to assess my eligibility to participate in the DAVRiF project, and to arrange my return to my country of origin. I voluntarily consent to IOM using the information for the purposes described above, and understand that my personal information, and that of my dependants, will not be made public at any time by IOM.

I agree for myself, as well as for my dependants, heirs and estate that, in the event of personal injury or death during and/or after my participation in this IOM programme, neither IOM, nor any other participating agencies or government, can in any way be held liable or responsible.

I understand that if I make a false statement in signing this form, the assistance provided by IOM can be terminated at any time.

\_\_\_\_\_  
**Applicant's Signature / HAKIJAN ALLEKIRJOITUS**

\_\_\_\_\_  
**Spouse's Signature / PUOLISON ALLEKIRJOITUS**

\_\_\_\_\_  
**Place and Date / PAIKKA JA PÄIVÄMÄÄRÄ**

\_\_\_\_\_  
**IOM Representative / IOM:N EDUSTAJA**

\_\_\_\_\_  
**Place and Date / PAIKKA JA PÄIVÄMÄÄRÄ**

**IOM Helsinki**

Enquiries: Tel: +358.9.684 11 50 • E-mail: [mrhelsinkiavr@iom.int](mailto:mrhelsinkiavr@iom.int)  
[www.vapaaehtoinenpaluu.fi](http://www.vapaaehtoinenpaluu.fi) / [www.assistedvoluntaryreturn.fi](http://www.assistedvoluntaryreturn.fi)

**9. Counselor / NEUVOVA VIRANOMAINEN**

**Reception Centre / Municipality / Police (circle one)**  
VASTAANOTTOKESKUS/ KUNTA/POLIISI (YMPYRÖI)

\_\_\_\_\_  
(Signature of Counselor / Neuvovan viranomaisen allekirjoitus)

\_\_\_\_\_  
(Name of Counselor / Neuvovan viranomaisen nimi)

\_\_\_\_\_  
(Telephone number / PUHELINNUMERO)

\_\_\_\_\_  
(Fax Number / FAKSINUMERO      (E-mail/ SÄHKÖPOSTI)

\_\_\_\_\_  
(Place and date / PAIKKA JA PÄIVÄMÄÄRÄ)

STAMP  
LEIMA

**10. Attachments to this application / HAKEMUKSEN LIITTEET**

1. **Photocopy of the travel documents / KOPIO MATKUSTUSASIAKIRJOISTA**
2. **Application for Re-integration Support / UJDELLENKOTOUTUMISTUEN HAKULOMAKE**
3. **IOM Cover-letter / IOM:N SAATEKIRJE**

**Please forward the completed form to IOM Helsinki together with the required attachments**

**Täytetty hakulomake ja liitteet tulee toimittaa IOM Helsinkiin alla mainituin tiedoin**

Mailing address: P.O. Box 851 • FI-00101 Helsinki • Finland • Visiting address: Unioninkatu 13, 6th floor • FI-00130 Helsinki

Fax: +358.9.684 11 511 / 10 • E-mail: [mrhelsinkiavr@iom.int](mailto:mrhelsinkiavr@iom.int)

Enquiries: Tel: +358.9.684 11 50

**11. FOR USE OF IOM HELSINKI ONLY**

Received on (date):

DAVRiF Number:

IOM Helsinki /

Applicant considered eligible for voluntary return:

Yes

No

(date, signature)

Estimated Date of Departure:

Special Considerations for Return:

**IOM Helsinki**

Enquiries: Tel: +358.9.684 11 50 • E-mail: [mrhelsinkiavr@iom.int](mailto:mrhelsinkiavr@iom.int)  
[www.vapaaehtoinenpaluu.fi](http://www.vapaaehtoinenpaluu.fi) / [www.assistedvoluntaryreturn.fi](http://www.assistedvoluntaryreturn.fi)