

For IOM use only

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

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

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



IOM International Organization for Migration  
IOM Kansainvälinen siirtolaisuusjärjestö  
IOM Internationella migrationsorganisationen

DAVRiF

Iraq  
English/Finnish  
Arabic

Updated on  
March 2010

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

**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>Father's Name / ISÄN NIMI:</b>		<b>Grandfather's Name / ISOISÄN NIMI:</b>	
<b>Marital Status / SIVILISÄÄTY:</b>		<b>Nationality / KANSALAIUUUS:</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 / SAAPUMISPÄIVÄMÄÄRÄ:</b>	

### 2. Legal Status in Finland / LAILLIEN 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 / EU-LP / OTHER</b> PASSI / EU-LP / MUU			



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 MÄÄRÄNPÄÄSI KOTIMAASSASI?	Do you need transportation until your final destination? TARVITSETKO KULJETUKSEN MÄÄRÄNPÄÄHÄN SAAKKA? <input type="checkbox"/> Yes / KYLLÄ <input type="checkbox"/> No / EI
Do you need medical assistance during travel? / TARVITSETKO TERVEYTEEN LIITTYVÄÄ APUA MATKAN AIKANA? <input type="checkbox"/> No / EI <input type="checkbox"/> 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: [mrfhelsinkiavr@iom.int](mailto:mrfhelsinkiavr@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 of Voluntary Return to IRAQ / IRAKIIN PALAAVAN HAKIJAN VAKUUTUS

I, the undersigned, \_\_\_\_\_, express my informed decision to return

أنا الموقع أدناه \_\_\_\_\_ ، أصرّح وبمعرفتي المسبقة

voluntarily to my home country, which is \_\_\_\_\_, through the assistance of IOM.

بأنني قرّرت العودة طوعاً إلى بلدي الأم \_\_\_\_\_ بمساعدة المنظمة الدولية للهجرة .

I understand that IOM will assist me to return home, and I will not be allowed to stop over in any transit country.

أدرك أن المنظمة الدولية للهجرة سوف تقوم بمساعدتي للعودة إلى بلدي الأم ، ولن أتمكن من التوقف في أي بلد آخر .

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 the IOM programme, neither IOM, nor any other participating agency or government can in any way be held liable or responsible.

أصرّح بأنني وجميع من أعيّلم نخلي مسؤولية المنظمة الدولية للهجرة أو أي وكالة أو حكومة أخرى مشاركة في هذا البرنامج من أي التزام أو مسؤولية في حال حدوث أية أصابة أو حالة وفاة خلال أو بعد اشتراكي في برنامج العودة الطوعية التابع للمنظمة الدولية للهجرة.

By signing this Voluntary Return Declaration Form, I agree that IOM for the purpose of arranging the voluntary return to my country of origin, shares the travel details and the following data of me and my dependants with the Ministry of Migration of Iraq and the airport authorities at the port of entry: Family name, Father's name, First name, date of birth, Place of Birth, Gender and Travel Document information.

بتوقيعي على استمارة العودة الطوعية فإنني أوافق على اطلاع وزارة الهجرة والمهجرين وسلطات المطار في منفذ العبور في جمهورية العراق على المعلومات الخاصة بي وبأسرتي (الاسم واسم الأب والعائلة، تاريخ ومكان الميلاد، معلومات عن وثيقة السفر) والمتوفرة لدى المنظمة الدولية للهجرة ضمن إطار عملية عودتي إلى بلدي الأم.

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

وأنتني على علم تام بأنه في حال إدلائي بأية معلومات خاطئة في تعبئة وتوقيع هذا الطلب فإنه يحق للمنظمة الدولية للهجرة إلغاء المساعدة الممنوحة من قبل المنظمة في أي وقت كان.

Signature of the applicant	توقيع مقدم الطلب	Date	التاريخ
Signature of the Representative of IOM or the referring organization	توقيع ممثل المنظمة أو من ينوب عنه	Date	التاريخ

IOM Helsinki

Enquiries: Tel: +358.9.684 11 50 • E-mail: [mrfhelsinkiavr@iom.int](mailto:mrfhelsinkiavr@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**

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: [mrfhelsinkiavr@iom.int](mailto:mrfhelsinkiavr@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: [mrfhelsinkiavr@iom.int](mailto:mrfhelsinkiavr@iom.int)  
[www.vapaaehtoinenpaluu.fi](http://www.vapaaehtoinenpaluu.fi) / [www.assistedvoluntaryreturn.fi](http://www.assistedvoluntaryreturn.fi)