



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

Voluntary Return Declaration Form

I, the undersigned, _____, express my informed decision to return
من كە لە خوارنۆمە ئیمزەم کردووە رایدەتەیتەم و زانیاری ئیشوختیم هەتیه

voluntarily to my home country, which is _____, through the assistance of IOM.
کە بریاری طەرانۆمە داوە بۆ نیشتمانی خۆم بە یارمەتی ریکخراوی نیودەولەتی بۆ کۆش.

I understand that IOM will assist me to return home, and I will not be allowed to stop over in any transit country.
ئەزانم کە ریکخراوی نیودەولەتی بۆ کۆش یارمەتیم ئەدات بۆ طەرانۆمە بۆ نیشتمانی خۆم، وە ناتوانم لە هێض و لاێکی دیکە بوەستم.

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.
رایدەتەیتەم کە من و هەموو ئەو کەسانەتی من سەرئەشەرتیان دەکەم ئەستۆنای دەرەقە ریکخراوی نیودەولەتی بۆ کۆش یان هەر ناداناس و وولاتیک کە بەشداربێت لەم بەرنامەیدا لە هەر لیژە سەرۆکیەک و تەبەندبوونیک لە روودانی برینداری و مردن لەکاتی یان دواي بەشداربوونم لە بەرنامەتی طەرانۆمەتی خۆیستی ئەبۆتەدیار بە ریکخراوی نیودەولەتی بۆ کۆش.

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.
بە ئیمزاکردنی فۆرمی طەرانۆمەتی خۆیستی رەزامەندی خۆم دەرەقەم کە وەزارتی کۆش و کۆشبووان و دەسەڵاتدارانی فرۆکەخانە لە خالی ئەزینۆمە لە کۆماری عێراق زانیاریەکە تەبەت بە خۆم و خیزانەکەم ببینن (ناو، ناوی باوک و خیزان، رۆژو بەرواری لەتەداکبوون، زانیاری لەسەر بەلگەنامەتی سەفەر) کە لە لای ریکخراوی نیودەولەتی بۆ کۆش هەتیه لە ضواری ضیویتی ئۆسەتی طەرانۆمەتی بۆ نیشتمانی.

I understand that if I make a false statement in signing this form, the assistance provided by IOM can be terminated at any time.
و زانیاری تەواوم هەتیه کە لە کاتی ئیدانی زانیاری نادروست لە ئێکەردنۆم و ئیمزاکردنی ئەم داواکارییە ئەوکات مافی ریکخراوی نیودەولەتی بۆ کۆشە کە هاریکاریەکەم نەهێلێت لە هەر کاتیکیدا بێت.

Signature of the applicant	ئیمزای داواکار	Date	بەروار
Signature of the Representative of IOM or the referring organization	ئیمزای نوێنەری ریکخراوی یان ئەو ریکخراوەتی دیاریکراوە بۆ	Date	بەروار